



Universidad Autónoma
de Madrid



Trabajo Fin de Grado



EL ROL ENFERMERO ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Revisión narrativa



CAROLINA GARCÍA SÁNCHEZ

Tutora: **María Teresa Alcolea Cosín**

Grado de Enfermería
Departamento de Enfermería
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Madrid

Mayo 2019

***“Si quieres llegar rápido, camina solo. Si
quieres llegar lejos, hazlo acompañado.”***
Proverbio africano.

Gracias por hacerme llegar lejos.

RESUMEN

Introducción: La mutilación genital femenina es todo procedimiento que, de forma intencional y por motivos no médicos, altera o lesiona los órganos genitales femeninos. No tiene ningún beneficio, pero si muchas posibles complicaciones a corto, medio y largo plazo, cuya gravedad depende del tipo de mutilación practicada afectando tanto al nivel físico como psicosocial de las mujeres y niñas que la sufren. Su prevalencia, trayectoria histórica y legislación son importantes aspectos a conocer.

Objetivo: Analizar el papel de la enfermera en la detección y tratamiento de la mutilación genital femenina.

Metodología: Revisión narrativa llevada a cabo tras realizar búsquedas tanto en las bases de datos de ciencias de la salud Pubmed, Scielo, Cuiden, Cinahl, Cochrane Plus, Dialnet y Enferteca, como en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales desde el año 2014 al 2019.

Resultados: Se seleccionaron 25 artículos y 5 documentos institucionales que recogían información acerca del ritual, razones que sustentan la práctica tanto de la población general como del personal sanitario que la realiza, factores de riesgo que entran en juego, nivel competencial de las enfermeras españolas y líneas de intervención recomendadas.

Conclusiones: La enfermera cuenta con una posición privilegiada para ser parte fundamental del problema, pero para ello se precisa de un nivel de competencia con el que no cuenta actualmente. Es necesaria la formación que permita a este colectivo empoderarse para poder empoderar a todas las mujeres y niñas sobre las que recae el peso de esta práctica tan cruel e injusta que se sustenta sobre la defensa de la tradición por el mero hecho de serlo y sobre una estructura social que tan solo tiene en cuenta el valor reproductivo de la mujer y que por tanto controla todas sus otras esferas de desarrollo.

Palabras clave: Circuncisión femenina, mutilación genital femenina, enfermería y cuidado.

ABSTRACT

Introduction: Female genital mutilation includes procedures that intentionally alter or cause injury to the female genital organs for non-medical reasons. It has no health benefits, but so many complications in the short, medium and long term, whose severity depends on the type of mutilation performed affecting both the physical and psychosocial level of the women and girls who suffer it. Its prevalence and its historical and legislative trajectories are important issues to know.

Objective: Analyzing nurses' role in the detection and treatment of female genital mutilation.

Methodology: Narrative research carried out by looking on both health science data bases Pubmed, Scielo, Cuiden, Cinahl, Cochrane Plus, Dialnet and Enferteca, as well as governmental and non-governmental institutions since 2014 to 2019.

Results: 25 articles and 5 institutional papers were selected which contained information about the ritual, reasons to support it by population and health care practitioners, associated risk factors, competence level of Spanish nurses and recommended lines of intervention.

Conclusions: Nurses have a privileged position to be a fundamental part of the problem, but this requires a competence level that they do not have currently. Training is necessary to enable this collective group to empower itself to be able to empower all of these women and girls who bear the burden of this cruel and unfair practice, that is based on the defense of the tradition by the mere fact of being it and on a social structure that only takes into account the reproductive value of women and, therefore, controls all the other areas of development.

Key words: female circumcision, female genital mutilation, nursing and care.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	2
ANATOMÍA	2
CLASIFICACIÓN	3
COMPLICACIONES.....	4
TRAYECTORIA HISTÓRICA	6
ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.....	6
PREVALENCIA.....	6
ÁMBITO LEGISLATIVO	8
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
METODOLOGÍA.....	13
RESULTADOS	15
RITUAL.....	15
RAZONES QUE LA SUSTENTAN.....	16
RAZONES POPULARES	16
RAZONES DEL PERSONAL SANITARIO	17
FACTORES DE RIESGO	18
NIVEL COMPETENCIAL ENFERMERO	18
INTERVENCIÓN	19
DETECCIÓN.....	19
ACTUACIÓN	20
CONCLUSIONES	24
LIMITACIONES	25
POSIBLES FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	25
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS.....	26
ANEXO 1: PAÍSES EN LOS QUE SE PRACTICA.....	32
ANEXO 2: EVOLUCIÓN DE LA PRÁCTICA	32
ANEXO 3: BÚSQUEDAS EN BASES DE DATOS	33
ANEXO 4: BÚSQUEDA EN INSTITUCIONES.....	34
ANEXO 5: ARTÍCULOS SELECCIONADOS.....	35
ANEXO 6: HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL	39
ANEXO 7: COMPROMISO DE PREVENCIÓN	42
ANEXO 8: ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	43

INTRODUCCIÓN

CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

La **MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA** (MFG) es definida por la OMS (1) como todo procedimiento que, de forma intencional y por motivos no médicos, altera o lesiona los órganos genitales femeninos.

También se la conoce como *ablación o circuncisión femenina*, así como con términos específicos propios de los distintos países que la practican y que, en su gran mayoría, se relacionan con los de purificación o limpieza:

- **Somalia:** *Gudnin*
- **Sudán:** *Cureta o Tahir*
- **Mali:** *Bolokoli o Sili-ji*
- **Egipto:** *Tahara*
- **Indonesia:** *Khafd, Khijäd, Khijän, Khintan perempuan o Sunat perempuan.*
- **Indonesia y Malasia** (musulmán islámico): *Sunna, Sunnah, Ñyakaa, Gudnin, Gadbahaada, Siliji, Kahtna, Khitan, Khajd o Khifad.* (2)

La **ANATOMÍA** genital femenina externa natural se basa en el *triángulo urogenital* que es el que incluye las estructuras genitales externas y la abertura de la uretra, conociéndose más comúnmente como vulva. La estructura de esta se puede resumir con la siguiente representación, siendo reseñables los elementos resaltados a continuación:

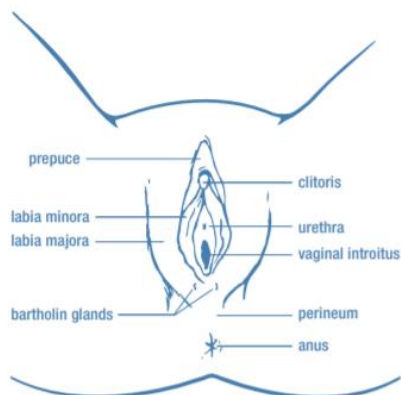


Figura 1: WHO Guidelines 2016 (3)

- **Monte de Venus:** eminencia triangular situada frente a los huesos púbicos.
- **Labios mayores:** par de repliegues fibroadiposos de piel que se extienden desde el monte de Venus hacia abajo y hacia atrás, uniéndose por delante del ano.
- **Labios menores:** repliegues situados entre los labios mayores con los que se fusionan en su parte posterior. En su parte anterior, se unen formando el prepucio del clítoris.
- **Clítoris:** tejido muscular eréctil con gran número de terminaciones nerviosas que tan solo está en su cuarta parte externalizado. Está formado por una glándula (produce el esmegma), el cuerpo del prepucio y dos cuerpos cavernosos que se fijan al hueso púbico. Su longitud completa oscila entre los 7 y 10 cm.
- **Orificios uretral y vaginal**
- **Glándulas vestibulares:** se dividen en mayores (de Bartolini, situadas a los dos lados de la apertura vaginal) y menores (situadas entre los orificios uretral y vaginal), encargándose de la lubricación sexual. (4)

Según el nivel de afectación de esta anatomía, la OMS (5) ha desarrollado la siguiente **CLASIFICACIÓN**, dividiendo dicha práctica en cuatro tipos principales:

- **Tipo I - Clitoridectomía:** resección parcial o total del clítoris, o, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio. Se divide a su vez en:

- Tipo Ia: resección del prepucio solamente.

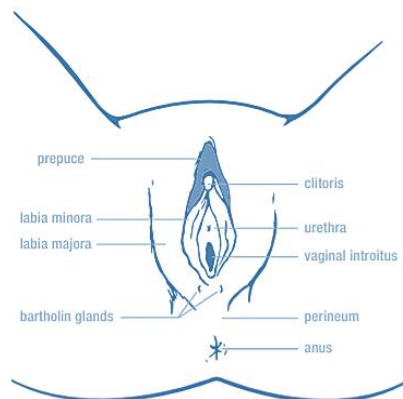


Figura 2: WHO Guidelines 2016 (3)

- Tipo Ib: resección del clítoris y prepucio. Se conoce como circuncisión sunah o tradicional.

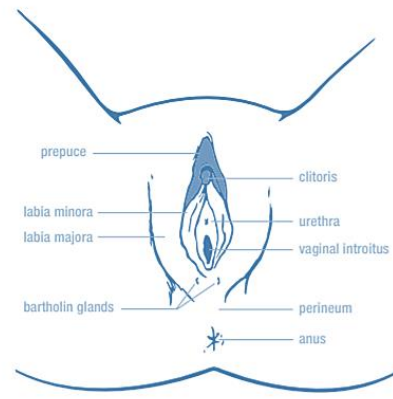


Figura 3: WHO Guidelines 2016 (3)

- **Tipo II - Excisión:** resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores. Es dividido en:

- Tipo IIa: resección de los labios menores solamente.

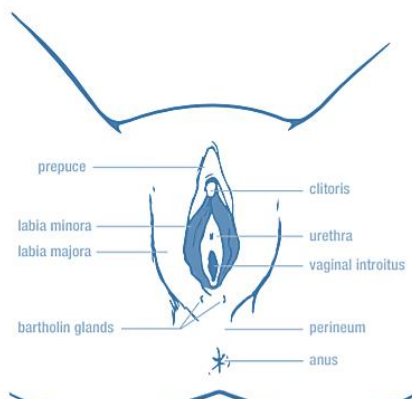


Figura 4: WHO Guidelines 2016 (3)

- Tipo IIb: resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.

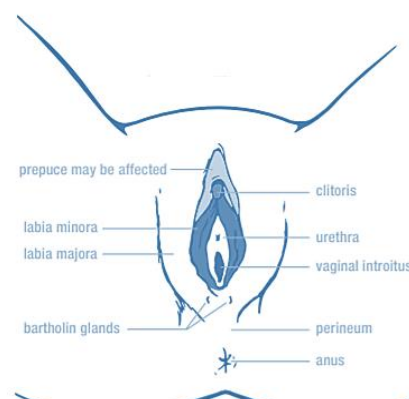


Figura 5: WHO Guidelines 2016 (3)

- Tipo IIc: resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y los labios mayores.

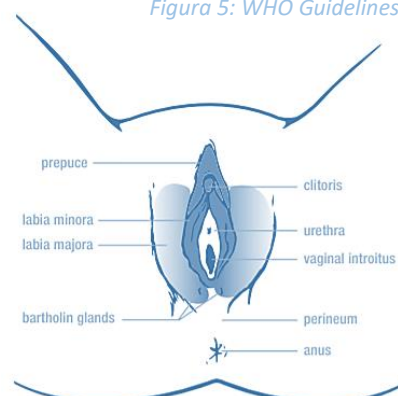


Figura 6: WHO Guidelines 2016 (3)

- **Tipo III - Infibulación:** estrechamiento de la abertura vaginal a través de la resección y recolocación de los labios mayores y menores con o sin clitoridectomía. Puede ser:

- Tipo IIIa: resección y recolocación de los labios menores.

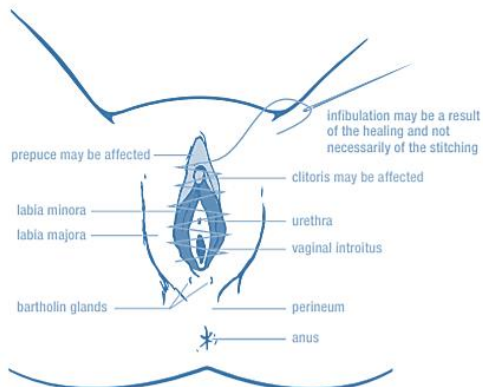


Figura 7: WHO Guidelines 2016 (3)

- Tipo IIIb: resección y recolocación de los labios mayores. Llamada circuncisión sudanesa o faraónica.

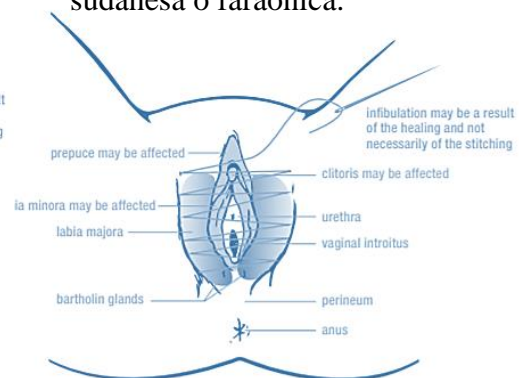


Figura 8: WHO Guidelines 2016 (3)

La infibulación se conoce coloquialmente como *uno de los tres dolores femeninos*, siendo el primer dolor el momento de la mutilación, el segundo la reapertura (o *desinfibulación*) de la cicatriz en la noche de bodas para permitir la penetración (ya sea el hombre directamente con el pene, siendo signo de virilidad, o la practicante que la realizó) y el tercero, la reapertura previa al parto (siendo seguidas cada una de estas reaperturas con nuevas infibulaciones, llamadas *reinfibulaciones*) (2).

- **Tipo IV:** Resto de procedimientos lesivos de los genitales con fines no médicos, como perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Este tipo está más extendido en las sociedades occidentales y se han descrito prácticas como pinchado, anillamiento o incisión, cosido o estrechamiento, cauterización, cortes angurya (raspado del tejido perivaginal para su posterior sellado), introcisión o cortes gishiri (en el interior de la vagina para hacerla más grande), estiramiento de clítoris y labios, hymenotomy (eliminación del himen por ser considerado demasiado grueso) y dry sex (introducción de sustancias en la vagina para conseguir que sea más rígida y seca) (2).

Esta práctica no presenta ningún beneficio, pero sí muchas posibles **COMPLICACIONES**, sobre todo los tres primeros tipos. Estos riesgos los podemos dividir en: (6,7)

- **Agudos:** durante la práctica y en horas/días siguientes
 - Dolores intensos
 - Hemorragias
 - Infecciones: debido al uso de instrumentos contaminados o durante el proceso de cicatrización, pudiendo desembocar en una septicemia. Las infecciones más relacionadas con este proceso son el tétanos (con la consiguiente posible gangrena gaseosa), hepatitis B y C, el VIH (ya sea por uso de material contaminado o por posterior sangrado durante las

- relaciones sexuales), herpes Zoster (aumenta el riesgo para la transmisión del anterior) y vaginosis bacteriana.
- Shock/muerte: debido a las tres consecuencias anteriores (siendo neurogénico, hipovolémico o séptico respectivamente).
- Dificultades para orinar y/o defecar: por la hinchazón, edema y dolor.
- Llagas y otras lesiones abiertas de los tejidos genitales adyacentes.
- Fracturas: derivadas de la sujeción.
- Estrés traumático
- **Subagudos:** se producen en los meses posteriores a la práctica.
 - Anemia
 - Infecciones urinarias de repetición
 - Abscesos, úlceras, escarificaciones
 - Retraso en la cicatrización de la herida (tener en cuenta el posible déficit nutricional de base).
 - Miedo, angustias, estrés post traumático
 - Fusión no intencionada de los labios
 - Mutilaciones genitales repetidas por cicatrización incorrecta, especialmente frecuente en el tipo III.
- **A largo plazo:** se manifiestan en la edad adulta
 - Dolor crónico: por afectación de terminaciones nerviosas o derivado de infecciones (producen dolor pélvico y lumbar).
 - Genitourinarias: quistes dermoides, abscesos y úlceras genitales, menstruaciones y micciones lentas y dolorosas que sellan la vagina y uretra (en el tipo III), insuficiencia renal (por infecciones urinarias de repetición), dismenorrea, hematocolpos (con la consiguiente posible cirugía), salpingitis, inflamación pélvica e incontinencia urinaria (y a veces fecal).
 - Cicatriz hipertrófica: con exceso de tejido cicatricial (queloides, quistes dermoides, neuromas, fibrosis etc.).
 - Psicológicas: el dolor y la imposición (con utilización de la fuerza física) suponen que esta práctica sea definida por las mujeres como traumática. Se encuentran sentimientos de humillación y vergüenza, así como terrores nocturnos y trastornos de estrés postraumático, ansiedad, depresión y pérdida de memoria.
 - Sexuales: estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución del deseo sexual, anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual y vivencias anómalas de la sexualidad derivadas de las consecuencias psicológicas.
 - Obstétricas: esta práctica hace más probable sufrir una cesárea, hemorragias posparto y desgarros o episiotomías. Además, se ha observado mayores tasas de mortalidad e índices APGAR inferiores en los recién nacidos por mayor probabilidad de sufrimiento fetal.
 - Reproductivas: infertilidad secundaria a las infecciones, que está muy relacionada con el tipo de mutilación ya que, a mayor cantidad de tejido amputado, mayor riesgo.

La **TRAYECTORIA HISTÓRICA** de la MGF, parece haber comenzado en el antiguo Egipto, de forma independiente a la religión del islam con la que es asociada popularmente.

Se sabe que ya existía en el siglo V a.C., practicada probablemente por egipcias, fenicias, hititas y etíopes. Del siglo II a.C. datan una momia mutilada y un papiro griego que menciona la operación de estas niñas en Egipto a la edad a la que recibían su dote. (2)

Han traspasado escritos que recogen la creencia de que el *alma femenina* del hombre reside en el prepucio mientras que el *alma masculina* de la mujer lo hace en el clítoris; por lo que, tras las circuncisiones, ambos se convertirían en verdaderos hombres y mujeres (6).

Otras razones documentadas por las que ha sido practicada son la estética (clítoris de gran tamaño) y la reducción del deseo sexual femenino para evitar relaciones entre esclavos (en Roma, eliminando así los consiguientes embarazos y aumentando el valor económico de las esclavas por ser vírgenes) y extramatrimoniales.

A lo largo de la historia ha ido ligada a distintas religiones como el cristianismo copto, el judaísmo falasha, el animismo y el islam. Pese a esto, ni en la Biblia ni en el Corán se hace referencia, aunque las palabras que se extraen de este último para justificarla son: “*Allah Todo Poderoso creó el deseo sexual en diez partes; dio nueve partes a la mujer y una al hombre (...)*”, por lo que defienden que la mutilación es necesaria para controlar este deseo sexual femenino superior al del hombre.

Tanto la Iglesia Copta como la Católica rechazan oficialmente este tipo de mutilación, mientras que el Estado Islámico dispuso en 2014 que todas las niñas y mujeres entre 11 y 46 años de Iraq fuesen mutiladas con el fin de “*alejarlas del libertinaje y la inmoralidad y promover actitudes islámicas*”.

La MGF ha sido usada además con fines terapéuticos en Europa y Estados Unidos entre los siglos XVIII y XX para enfermedades como la histeria, epilepsia, catalepsia, migrañas, cleptomanía o para evitar la masturbación, la homosexualidad y la hipersexualidad. (2)

ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

Respecto a la **PREVALENCIA** de la MGF a **nivel mundial**, cabe aclarar que el número exacto de mujeres y niñas que han sido mutiladas no es conocido. Pese a esto, UNICEF (8) estima que al menos 200 millones de niñas y mujeres en 30 países la han sufrido, con distintos niveles de gravedad, prevalencia y aprobación (ver *Anexo 1*). Además, la OMS (9) advierte que 3 millones de ellas están en riesgo al año.

Estos datos han ido reduciéndose a lo largo de los años, pues, pese a que la disponibilidad de estos es mayor, se ha observado un descenso de la práctica en las tres últimas décadas pasando de un 51% de chicas entre 15 y 19 años que lo sufrían en 1985 a un 37% actualmente. Aun así, no todos los países avanzan al mismo ritmo (ver *Anexo 2*), y los cambios que se han realizado son aún insuficientes, ya que, como la población en crecimiento aumenta, se estima que durante los próximos 15 años el número de mujeres y niñas sometidas superará al actual. (8)

También se ha reducido la extensión anatómica (hacia el tipo I) (6) y ha aumentado el rechazo a la técnica, siendo desaprobada por la mayor parte de las personas con información en los países de riesgo (8). Esta desaprobación general junto con el mensaje de lo dañina que es la técnica, ha dado lugar a una respuesta protectora con dos consecuencias principales:

- La reducción de la edad a la que se les practica para evitar la negativa y resistencia de las niñas (6). De la estimación de UNICEF, 44 millones están por debajo de los 15 años, habiendo sido la mayoría mutiladas antes de los 5 años. En Yemen el 85% de las chicas lo sufrieron en la primera semana de vida. (8)
- La medicalización de la técnica, pasando de la tradicional figura del circuncisor (1) a la del profesional sanitario con la esperanza de reducir las complicaciones. En Indonesia más de la mitad de las niñas fueron mutiladas por personal médico profesional (8). Este cambio legitima aún más el proceso, dando la impresión de que persigue la salud de las mujeres (3).

Europa, Australia y Norte América son los territorios con mayor población inmigrante procedente de estos países, aunque no hay suficientes estudios sistemáticos para estimar la prevalencia (8). El **Instituto Europeo de la Igualdad de Género** (EIGE) diagnostica la causa de este problema en la inexistencia de criterios comunes para medir la prevalencia en los distintos países lo que imposibilita la comparación de datos, y ha elaborado una guía publicada en 2018 (10) con el fin de unificarlos. En ella se hace especial referencia a las niñas refugiadas y a aquellas nacidas en los Estados Miembros, pero con ascendencia procedente de los países detallados por UNICEF.

A nivel **nacional**, el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España de 2016 *(11)* pone de manifiesto que residen en el territorio 242.654 personas procedentes de países en los que se realiza dicha práctica, lo que supone un 5,13% de los inmigrantes totales del territorio.

De ellos, 69.086 son población femenina, de las cuales el 60% están en edad fértil (25-44 años) y el 16% son niñas entre 0 y 14 años (número que ha crecido un 60% desde 2008). Destacan las procedencias nigeriana, senegalesa, gambiana, guineana, ghanesa y maliense.

Cabe recordar que el 89% de las mujeres entre 15 y 49 años de Mali están mutiladas y que Gambia es el país con mayor porcentaje de niñas entre 0 y 14 años sometidas (56%) (8). Además, conviene añadir que en España las mujeres gambianas presentan las mayores tasas de fertilidad (12).

En cuanto a la distribución de esta población femenina entre las CCAA de España, se puede observar que un tercio de ellas residen en Cataluña (21.298), seguida de la Comunidad Autónoma de Madrid (8891), de las cuales 2.128 son niñas entre 0 y 14 años.



Figura 10: Mapa MFG España 2016 (11)

Es necesario resaltar que la población (especialmente infantil) que haya nacido en España y tenga solamente la nacionalidad española pese a tener ascendencia procedente de estos países (con la consiguiente carga cultural), no es contabilizada en estas cifras. (11)

En el **ÁMBITO LEGISLATIVO** a nivel **mundial** se ha de tener en cuenta que atenta contra:

- La **Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (13)** en sus artículos 2 (“*derechos (...) sin distinción alguna de (...) sexo*”), 3 (“*derecho a la vida*” (cuando el procedimiento termina en muerte)), 5 (“*nadie será sometimiento a torturas o tratos crueles*”) y 25 (“*toda persona tiene derecho a un nivel de vida que asegure (...) salud y bienestar*”).

Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas reconocen dicha Declaración (14), y el único país en el que podría haber casos de MGF que no lo sea es Palestina (15).

- La **Declaración de los Derechos del Niño de 1959 (16)** en sus principios I (“*sin discriminación por motivos de (...) sexo*”), IV (“*derechos a crecer y desarrollarse en buena salud*”) y IX (“*será protegido contra toda forma de (...) crueldad*”).

Documento ratificado por todos los países de riesgo excepto por Sudan del Sur y Somalia (17).

- La **Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 (18)**, también conocida como Carta de Banjul, en sus artículos 1 (“*derecho al disfrute de sus derechos (...) sin distinción de ningún tipo como (...) sexo*”), 4 (“*derecho al respeto de su vida e integridad*”), 5 (“*derecho al respeto de la dignidad, (...) toda forma de (...) tortura (...) será prohibida*”), 16 (“*derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible; Estados firmantes tomaran medidas para proteger la salud de su pueblo*”), 18 (“*Estado se hará responsable de la eliminación de toda discriminación de la mujer y de la protección de sus derechos y del niño tal como se estipulan en las declaraciones y convenios internacionales*”).

Este documento fue ratificado por todos los países excepto por Sudan del Sur (19).

- **Declaración de Beijing de la ONU en 1995 (20)** en la que se pretende fortalecer los programas de prevención para promover la salud femenina a nivel educativo, social, laboral, cultural y legislativo.

Fue ratificada por todos los países miembros de la ONU; se debe tener en cuenta que Palestina no lo es (15).

- **Declaración del Milenio de la ONU aprobada en el 2000 (21)**, en su artículo 25 se decide “*respetar y hacer valer plenamente la Declaración Universal de Derechos Humanos*” y “*luchar contra toda forma de discriminación contra la mujer*”; en su artículo 26 se propone “*alentar la ratificación y la plena aplicación de la Convención de los derechos del Niño*”.

Fue ratificada por todos los países miembros de la ONU (22); se debe tener en cuenta que Palestina no lo es (15).

- **Decisión de la Unión Africana en Malabo 2011 (23)** en la que, tras la proposición de Burkina Faso de apoyar la resolución de UNICEF en cuanto a la MGF, se

concluyó reconociendo la urgencia de actuación e invitando a los Estados Miembros a apoyar dicha resolución.

En ese momento, el único país que aún no formaba parte de esta organización era Sudán del Sur, que se unió un mes más tarde (24).

- **Resolución de la ONU de 2016 (25)** sobre la “*Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina*” destaca el empoderamiento de las mujeres como arma contra la discriminación y violencia que sufren, incita a los Estados a que apliquen tareas de prevención y promoción a través de la educación y concienciación y a que condenen las prácticas nocivas.
- **Plan de Acción (26)** aprobado en 2016 por el Parlamento Panafricano prohibiendo la MGF en todos los Estados Miembros.

De los países africanos que la practican, solo Eritrea no forma parte de este Parlamento (27).

Respecto a la **legislación propia de cada país** se pueden distinguir distintos casos: (28)

- **No poseen legislación explícita contra la MGF:** encontramos dos situaciones según si penan o no su práctica:
 - **No penada:** Malasia, Omán, Palestina, Sri Lanka, Yemen, Arabia Saudí, Emiratos Árabes, India, Indonesia e Irak.
 - **Penada:** Chad, Liberia, Mali y Sudán.

Aplican leyes más genéricas como el código penal en cuanto a violencia. En el caso de Mali, pese a no tener legislación explícita, posee una estrategia a seguir para su erradicación.
- **Poseen legislación explícita contra la MGF:** hay tres aspectos que hacen a estas leyes distintas entre sí, según estén criminalizados o no, que son: la colaboración y la planificación, la realización por personal sanitario y la extraterritorialidad (principio que mantiene la criminalidad de la práctica cuando se realiza fuera del país en cuestión), encontrando:
 - **No criminalizan la colaboración y planificación:** Burkina Faso (a través de la ley aprobada en 1996), Camerún (2016), Egipto (2016) y Mauritania (2005; solo criminaliza la práctica en menores de 18 años).

En todos estos casos, además, no está penalizada la extraterritorialidad.

- **No criminalizan la realización por personal sanitario:** Benín (2003; no tiene estrategia a seguir), Djibouti (1995), Egipto (2016), Etiopía (2004), Gambia (2015), Ghana (1994), Guinea Bissau (2011; única de esta categoría que pune la extraterritorialidad), Nigeria (2015), República Centroafricana (2010), Tanzania (1998) y Togo (1998, ratificada en 2015; sin una estrategia a seguir).
- **Pena los dos aspectos anteriores, pero no la extraterritorialidad:** Eritrea (2007), Guinea (2016) y Níger (2003).

- **Criminalizan todos estos aspectos:** Kenia (2011) y Uganda (2010).
- **Está recogida como delito explícito en sus Constituciones:** Costa de Marfil (2016; no recoge la extraterritorialidad ni posee una estrategia a llevar a cabo), Senegal (2001; no reconoce la extraterritorialidad) y Somalia (2014; no posee estrategia a seguir).
- **Está regulada pero no son conocidas las condiciones:** Sierra Leona (2019) y Colombia (2009).

Por otro lado, en cuanto a **Europa**, la Comunicación de la Comisión Europea del 2013 *Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina (29)* se considera el primer compromiso real con medidas específicas para trabajar su erradicación en los Estados Miembros de la UE (30).

Todos los estados miembros de la UE criminalizan esta práctica, aunque solo 18 de ellos tienen leyes específicas para este crimen concreto (Bélgica, Dinamarca, Alemania, Irlanda, España, Italia, Chipre, Hungría, Malta, Países Bajos, Austria, Suecia, Reino Unido, Estonia, Grecia, Portugal, Rumania y Finlandia). Otros, como Francia, no cuentan con alusión directa a esta práctica, sino que hacen uso de leyes más generales referentes al daño a la integridad física.

Además, el principio de extraterritorialidad se aplica en 25 países (no en Bulgaria, República Checa y Luxemburgo). A esto se debe añadir que no en todos los países se aplica igual, pues hay diferencias entre los ciudadanos, residentes y no residentes.

Respecto a los profesionales sanitarios, el secreto profesional permite en todos los estados miembros denunciar los casos en los que las personas estén en riesgo. Además, Bélgica, Alemania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Suecia y Reino Unido lo tienen especificado para este tipo de riesgo concreto en sus legislaciones. Por otra parte, Bélgica, Irlanda, España, Francia, Malta, Países Bajos, Portugal, Suecia y Reino Unido han desarrollado protocolos para que el personal sanitario sepa enfrentarse a la MGF. (31)

En **España**, la **Ley Orgánica 11/2003 de Medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros (32)** modifica el artículo 149 del código penal incluyendo una disposición específica sobre la mutilación genital femenina: *“El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.”*

El artículo 158 del **Código Civil (33)** recoge todas las medidas que el Juez puede llevar a cabo en caso de que la niña esté en riesgo por parte de sus progenitores. Por otra parte, el consentimiento de una mujer adulta no elimina la criminalidad del acto, pero reduce las penas (34).

A nivel autonómico, las comunidades de Aragón, Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Islas Canarias, Murcia, Navarra, La Rioja, Castilla la Mancha y Comunidad de Madrid incluyen este delito entre su normativa regional (30).

En el caso de la **Comunidad de Madrid**, la *Ley Integral contra la Violencia de Género* de 2005 (35) hace referencia explícita a la mutilación genital como objeto a combatir.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Tras esto, el problema de la mutilación genital femenina muestra por sí solo su magnitud. Se trata de una violación de los derechos humanos de millones de mujeres y niñas en todo el mundo, incluidas miles en España y, más concretamente Madrid.

Se debe recordar que la población infantil, principal afectada por este problema, debe ser protegida por los demás porque carece de la capacidad de hacerlo por sí misma. Más concretamente, debe ser protegida por sus tutores legales, que en la mayor parte de los casos son sus progenitores. Cuando estos no lo hacen, el resto de la comunidad e instituciones gubernamentales deben proteger a ese menor, aunque sea de sus propios padres. (16)

Es altamente intrigante que, pese a ser conocidos los efectos negativos que la MGF tiene en la salud de sus víctimas, y la práctica en sí penada por diversas leyes y tratados y perseguida por distintas instituciones, su erradicación aún queda lejos de ser tácita. Esto sugiere la existencia de alguna causa muy enraizada en estas culturas para ser capaz de luchar contra todo lo que tiene en contra, sobreviviendo incluso a la lejanía física y cultural que implica la migración.

Helman (36) en 2009 definió la cultura como un conjunto de orientaciones (implícitas y explícitas) que los individuos heredaban como miembros de una sociedad concreta. Decía que la cultura actúa como una “lente” a través de la cual el individuo percibe y comprende el mundo, y sin la que no habría cohesión ni continuidad de los grupos humanos. Esta continuidad que propicia y permite la cultura no tiene que ser siempre positiva, y con la MGF tenemos uno de los muchos ejemplos que se han dado a lo largo de la historia.

Este factor cultural está tremendamente ligado a la familia, que actúa como unidad social básica, teniendo entre sus funciones la educación y la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que son las que desarrollan los valores, creencias, criterios y juicios determinando la salud individual y colectiva (37).

Por tanto, es necesario tener en cuenta que un problema social o cultural no puede ser tratado de forma individual, sino que debe realizarse una intervención colectiva, ya sea familiar o comunitaria. En el caso de la MGF, parecen precisarse ambas, pues la familia es en muchas ocasiones lo único que une a las niñas con la práctica, y el compromiso ciudadano es esencial para la erradicación total de la MGF, pudiendo ser conseguido a través del conocimiento y visibilidad de esta.

Por otra parte, cabe resaltar la gran parte de responsabilidad que tiene el personal sanitario en el proceso, que es el que practica (cada vez más) la técnica, quien la puede detectar (tanto ya realizada como el riesgo de que ocurra) y quien la puede tratar (ya sea el riesgo con prevención, como las complicaciones derivadas de la mutilación en sí).

Desde la enfermería se debe recordar que el Código Deontológico (38) de la profesión recoge la obligación de proteger a estas personas en sus artículos 5 (“*las enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes,*

degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal”) y 14 (“*todo ser humano tiene derechos a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio*”).

Además, se considera relevante remarcar el lugar privilegiado que está ofreciendo las características de este problema a la enfermería. Keroac en 1996 dijo que la práctica enfermera se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (39); de lo que se pueden extraer dos cuestiones fundamentales:

- Si la tarea enfermera es cuidar, nadie necesita más de ella que este tipo de personas vulnerables ante un acto de violencia tan cruel e injustificado.
- La MGF es un claro ejemplo de cómo, para cuidar a una persona, en este caso las niñas y mujeres, es imprescindible cuidar también a su familia, grupo y comunidad.

Por tanto, se encuentra necesario que la enfermería tome un rol importante respecto a este tema, pues, con el conocimiento adecuado, las enfermeras (*₁) pueden ser parte fundamental en el proceso de erradicación de la mutilación genital femenina.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el papel de la enfermera en la detección y tratamiento de la mutilación genital femenina.

Objetivos específicos

- ❖ Describir la práctica, así como los factores de riesgo y razones que la sustentan.
- ❖ Determinar la capacitación de las enfermeras para enfrentar la MGF.
- ❖ Analizar los protocolos y acciones propuestas y llevadas a cabo para la prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de la práctica.

*₁ Cada vez que se use “enfermero” o “enfermera” se está haciendo referencia a ambos.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la **revisión narrativa** se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos con contenidos en ciencias de la salud, como son: Pubmed, Scielo, Cuiden, Cinahl, Cochrane Plus, Dialnet y Enferteca.

Para componer las sentencias de búsqueda se llevó a cabo una búsqueda de términos MeSH (*Medical Subject Headings*) y DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*) relacionados con el tema a tratar, encontrando:

Lenguaje libre	Términos MeSH	Términos DeCS
Mutilación genital femenina, en inglés: Female Genital Mutilation	“Female circumcision”	“Female circumcision” “Circuncisión femenina”
Enfermería y su traducción al inglés: Nursing	“Nursing”	“Nursing” “Enfermería”
Rol enfermero, en inglés: Nurse’s role	“Nurse’s role”	No se encuentra
Personal sanitario, en inglés: Health Personnel y Caregiver	“Health Personnel” “Caregiver”	“Health Care Sector” “Sector de Atención de Salud”
Competencia profesional, en inglés: Professional Competence	“Professional Competence”	“Professional Competence” “Competencia Profesional”
Factores de riesgo, en inglés: Risk Factors	“Risk Factors”	“Risk Factors” “Factores de riesgo”
Factores sociodemográficos, en inglés: Sociodemographic Factors	“Sociological factors”	No se encuentra.
Determinantes sociales, en inglés: Social Determinants	“Social Determinants of Health”	“Social Determinants of Health”
Ritual, en inglés: Ritual	“Ceremonial Behavior”	“Ceremonial Behavior” “Consulta Ceremonial”
Motivo, en inglés: Motive	“Motivation”	“Motivation” “Motivación”
Masculina, en inglés: Male	“Male”	“Male” “Masculino”
Terapia, en inglés: Therapy	“Therapeutics”	“Therapeutics” “Terapéutica”
Tratamiento, en inglés: Treatment	“Treatment Outcome”	El único descriptor que aparece es el mismo que para Terapia.
Prevención, en inglés: Prevention	“Prevention and Control”	“Prevention & Control” “Prevención & Control”

Cuadro 1: Elaboración propia

Además de estos términos con equivalencia en lenguaje controlado, se utilizaron tanto los términos de lenguaje libre como los siguientes por ser muy comunes en los artículos de esta temática: *ritual*, *factors*, *determinants*, *actitude*, *predictor*, *testimony*, *experience*, *perspective*, *viewpoint* y *professional practice*.

Estos términos se combinaron a través de los booleanos AND y OR, que a su vez se ordenaron con el uso del paréntesis. La búsqueda de frases se realizó a través del uso de comillas o corchetes. El término “Nursing” se truncó como “Nurs*” para no perder resultados por la terminación de la palabra.

Se limitó la búsqueda a estudios con antigüedad no superior a cinco años, escritos en español, inglés, catalán, italiano y portugués, y con al menos el resumen/abstract disponible. Se eliminaron los resultados relacionados con hombres (circuncisión masculina) y animales. Esto se realizó a través de los filtros disponibles y con el booleano NOT.

Los **criterios de inclusión** seleccionados fueron:

- Estudios cualitativos o artículos que versen entorno al ritual, los factores de riesgo o las razones por las que se practica.
- Estudios descriptivos que evalúen la capacitación de los enfermeros para enfrentar el problema.
- Estudios o documentos que incorporen algoritmos o recomendaciones sobre la forma de actuación ante la MGF.

Los **criterios de exclusión** empleados fueron:

- Estudios de prevalencia de la mutilación genital femenina o de sus complicaciones.
- Estudios retrospectivos analizando la eficacia de la legislación.
- Artículos no relacionados con los objetivos del trabajo.

Se compararon los resultados de distintas búsquedas a través de los booleanos AND y NOT para eliminar aquellas que no estuviesen aportando ningún artículo nuevo y conocer el número real de artículos.

La información de dichas búsquedas se encuentra recogida en una tabla en el *Anexo 3*.

También se realizó una búsqueda en las instituciones no gubernamentales UNICEF, OMS, ONU, AMREF, Mundo Cooperante, Paz y Desarrollo y CEPAIM, y en las gubernamentales europeas, nacionales y autonómicas para acceder a sus recomendaciones y acciones llevadas a cabo, cuyos resultados se encuentran recogidos en el *Anexo 4*.

RESULTADOS

Tras la búsqueda bibliográfica en bases de datos, se obtuvo un total de 627 artículos. Tras comparar las búsquedas, se despreciaron 350 por estar duplicados. Tras eliminar otros 150 a través de su título o resumen por falta de pertinencia o disponibilidad (se intentaron conseguir cambiando el motor de búsqueda y contactando con algunos autores), quedaron 127 artículos, de los cuales 102 fueron descartados por su contenido, quedando una selección final de 25 artículos. A estos hay que añadir 5 documentos oficiales de las instituciones previamente mencionadas.

Se agruparon en distintas categorías según la información que aportaban y se detalló (siempre que fue posible obtener la información) su título, autores/as, año y lugar de publicación, diseño, metodología y principales hallazgos en un cuadro en el *Anexo 5*.

Tras esto, se procede a organizar la información encontrada en la literatura en los siguientes apartados: ritual, razones que sustentan la práctica, factores de riesgo de la MGF, nivel competencial enfermero e intervención enfermera.

RITUAL

“Las mentiras más crueles se dicen a menudo en silencio.” Robert Louis Stevenson

La mutilación genital femenina suele ir unida a una fiesta o celebración, pudiendo estar ligada al bautizo (en recién nacidas), al paso de niñas a mujeres con la primera menstruación para convertirlas en aptas para casarse (12-13 años) o a una fiesta en sí misma (6-8 años). En el caso de emigrar, se les realiza, de forma indiferente a la edad de la niña, antes de abandonar el país de origen para alejarlas del “libertinaje e inmoralidad” de los países de destino o cuando regresan en el periodo estival (proceso normalmente gestionado por la abuela). En Etiopía, a las mujeres que mueren sin haber sido mutiladas, se las mutila antes de enterrarlas. (2)

La decisión de mutilar a una niña la puede tomar casi todo el mundo. No hay consenso entre sí se trata de una decisión “masculina o femenina”. Dependiendo de la familia y etnia la toma el padre o la madre. (40) En el caso de que estos se nieguen, es común que miembros de la familia o cercanos cojan a la niña y la mutilen (41).

Es realizada, de forma remunerada (ya sea a través de dinero o regalos (42)), por “circuncidadoras” tradicionales, generalmente, que son mujeres de elevado reconocimiento dentro de la comunidad y que desempeñan además el rol de comadronas y/o practicantes tradicionales. Cada vez más, esta figura es desplazada por la del personal sanitario para reducir las complicaciones. En Nigeria y Costa de Marfil es realizada por hombres, con oficios de curanderos, barberos o herreros (2), mientras que en el resto de lugares, la parte masculina de la sociedad tienen prohibido ver a las niñas y mujeres en todo el proceso, hasta que el corte está cicatrizado (42). El nombre que se les da a estas practicantes depende del país y del idioma, encontrando: (2)

- | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| - Indonesia: <i>Gudnin, Makate, Makasar.</i> | - Sudán: <i>Daya.</i> |
| - Gambia: <i>Ngnangsimbah.</i> | - Guinea Bissau: <i>Fanado.</i> |
| - Egipto: <i>Saya.</i> | - Árabe preislámico: <i>Mubazzira.</i> |
| - Somalia: <i>Gudniin y Gedda.</i> | |

A este personal hay que añadir a las ayudantes, que se encargan de sujetar a la niña y taparles la boca (2). En ocasiones también se les tapa los ojos. Esto se debe a que las niñas acuden sin conocimiento de lo que va a suceder; piensan que van a una fiesta, a bailar, cantar y comer cuanto quieran durante dos semanas, y al volver, se les pone vestidos bonitos y se les hace una fiesta llena de regalos y comida. (42)

Se realiza de forma individual y colectiva (a varias niñas de la misma edad), en el propio domicilio (cocina o patios traseros), bosques, cabañas apartadas, cerca de ríos... mientras se hace sonar unos tambores para que no se oigan los gritos ni los llantos.

Los utensilios usados para realizar el corte van desde piedras con canto afilado, pasando por tapas de lata o cristales, hasta tijeras, cuchillos o dagas. (2) Si se infibula, se utiliza para ello espinas de acacia (43). Su cura se realiza dos veces al día hasta que cicatriza (tiempo que oscila entre una semana y 40 días en función del tipo) con polvos antisépticos, aceite de coco, orina, zumo de limón, alcohol, ungüentos hechos con hierbas, leche, huevos, ceniza o estiércol de vaca. En muchas ocasiones, las niñas permanecen ese tiempo con las piernas atadas y en el mismo lugar donde se le realizó, momento en el que se les inculca el conocimiento popular que necesitaran en su nueva etapa vital. Cuando regresan a la comunidad, se encuentran con una fiesta donde se las presenta con sus nuevos roles ante la sociedad, que las reconoce como tal.

La práctica se concibe como un tabú, no se suele hablar de ello, especialmente con hombres. (2)

RAZONES QUE LA SUSTENTAN

“Una mentira repetida mil veces se convierte en una gran verdad.” Joseph Goebbels

Tras conocer cómo se realiza la mutilación genital femenina, es importante comprender por qué ocurre. Los argumentos que avalan la práctica se pueden dividir entre los usados por la población general y aquellos que da el personal sanitario para realizarla.

Las **RAZONES POPULARES** que se usan para justificarla se pueden dividir en: (40,42,44)

- **Higiénicas y estéticas:** los genitales femeninos se consideran demasiado voluminosos, sucios y masculinos (se cree que el clítoris crecerá hasta convertirse en un pene). Por esta razón, a las mujeres no mutiladas no se les permite tocar agua y alimentos por la creencia de que los contaminarán.
- **Religiosas:** es asociada con la pureza espiritual y se concibe como un mandato religioso imprescindible para seguir profesando la religión en cuestión.
- **Sexuales:** como forma de evitar las desviaciones sexuales, el adulterio, la prostitución, la promiscuidad y de mantener la virginidad. La disminución del deseo sexual garantiza la fidelidad de la mujer y la perpetuación de los matrimonios polígamos, ya que, al disminuir las demandas sexuales de las mujeres, el marido puede satisfacerlas a todas. Además, entra en juego el miedo a mantener a hijos no propios.

También se considera beneficioso por aumentar el placer sexual masculino al estrechar el orificio vaginal, e impedir que “el clítoris los mate si les roza” o que “creciese tanto que tapase el orificio vaginal” impidiendo la penetración.

- **Reproductivas:** se cree que aumenta la fertilidad de la mujer, facilita el parto y protege al bebé durante este, ya que, si toca el clítoris, morirá.
- **Económicas:** supone un beneficio económico directo tanto para la circuncidadora como para la familia, que reciben dinero y regalos. Por otra parte, los comerciantes y figuras religiosas del lugar se lucran de la compra de alimentos y materiales necesarios para la celebración.
- **Socioculturales:** relacionadas con el sentimiento de identidad y de pertenencia a la comunidad. Es un paso necesario para ser reconocidas como mujeres socialmente, paso que precisa de sangre y dolor. Este dolor se considera signo de sacrificio y de superación, cualidades muy deseadas para el rol de esposa. Además, esa experiencia compartida establece fuertes uniones de solidaridad y empatía entre las mujeres.

También es esencial el concepto de honor, pues este valor familiar depende de la virginidad y fidelidad de las mujeres.

Es comparado con la circuncisión masculina, por lo que “si se les hace a los hombres, a las mujeres también”.

Esto es potenciado con la presión social a través de las consecuencias de no exponerse a la mutilación. Las mujeres no mutiladas son consideradas impuras, infértiles y sin honor, por lo que difícilmente se casarán. Sin el matrimonio, no podrán acceder a tierras ni a seguridad. Tampoco tendrán ningún valor productivo para sus familias a través de la dote. Esto producirá un rechazo familiar y comunitario completo. Este segundo se extiende en ocasiones al resto de la familia siendo expulsados de todos los actos sociales y religiosos con el consiguiente sentimiento de culpa por parte de las mujeres que se han negado.

Las **RAZONES DEL PERSONAL SANITARIO** para realizarla se agrupan en: (45)

- **Reducir el daño:** como forma de reducir las complicaciones y el dolor (a través de anestésicos). Se basan en “*alguien lo haría peor*”. Lo identifican como forma de prevención de la práctica.
- **Razones culturales:** hay personal sanitario que está a favor de la práctica y que la realiza para que no se pierda, o que la concibe como forma de cuidado de estas mujeres, ya que las consecuencias para su vida podrían ser peores. También algunos hacen referencia a un imperativo religioso.
- **Razones económicas:** recibir dinero y regalos por practicarla se sitúa como la principal razón, aunque no es fácilmente reconocida.
- **Como respuesta a presión social:** los profesionales aseguran que es “lo que se espera de ellos”, y que es una forma de demostrar respeto a los valores culturales y a las tradiciones de la comunidad a la que atienden.

FACTORES DE RIESGO

“La mejor arma de todo opresor es la mente del propio oprimido.” Steve Biko

El uso de los argumentos a favor y en contra, y, por tanto, el apoyo o no a la MGF se ve condicionado a una serie de factores sociodemográficos, como son: (46)

- **Nivel de educación:** es el factor condicionante más fuerte. Las mujeres con altos niveles educativos tienen tres veces más probabilidad de oponerse que aquellas sin educación formal. Cada nivel de educación de las mujeres disminuye considerablemente el apoyo a la práctica.
- **Actividad laboral:** las mujeres que se dedican a la agricultura son las que más apoyan la MGF (por encima de las que no tienen ninguna actividad laboral), mientras que las dedicadas a sectores más industrializados o de servicios (incluidas las que dan un servicio clerical) son las que menos lo hacen.
- **Nivel adquisitivo:** aquellas mujeres que tienen las necesidades básicas cubiertas, tienen más probabilidad de oponerse a la práctica que las que no.
- **Zona de residencia:** la oposición a la MGF es más frecuente en áreas urbanas o limítrofes que en las zonas rurales.
- **Religión:** las cristianas se posicionan mucho más en contra de la práctica que las musulmanas.
- **Número de hijos:** las mujeres con más hijos rechazan menos la práctica.

Todo ello parece llevar a un lugar: nivel de autonomía y empoderamiento de las mujeres. Otro estudio (47) corrobora esto a través de las variables: poder de decisión de las mujeres (sobre la economía familiar (gastos rutinarios y extraordinarios), las visitas a familiares o amigos y sobre su salud) y su actitud ante la violencia de género, manteniendo ambas su significación estadística incluso tras controlar las variables sociodemográficas.

Sin embargo, los estudios resaltan que la oposición a la práctica no va unida a la no realización de la mutilación a sus hijas, lo que tiene que ver con la presión social a la que se hacía referencia en el anterior apartado.

Por otro lado, también se considera importante conocer el efecto que tiene la migración en un problema tan cultural como este. La colisión que permite este suceso entre las razones que utilizan para justificar la práctica y la realidad en otros lugares actúa como agente educativo (48). Además, aquellas que no apoyaban la MGF o que solo lo hacían porque “*es lo que se ha hecho siempre*”, encuentran en la distancia física un arma para no tener que responder a las expectativas de sus familias y comunidades, y se refugian en la necesidad de integración en el país en cuestión, lo que supone abandonar algunas de sus costumbres y obedecer sus leyes (49).

NIVEL COMPETENCIAL ENFERMERO

“Sé el cambio que quieres ver en el mundo.” Mahatma Gandhi

El siguiente paso es conocer si los profesionales están formados para enfrentarse al problema. Los estudios demuestran una gran diferencia entre el conocimiento que tienen las matronas y el resto de enfermeras, debiendo tener en cuenta que las primeras tienen más probabilidad de detectar mutilaciones genitales ya ejecutadas mientras que las segundas tienen más oportunidades para identificar situaciones en riesgo.

Un estudio realizado en Valencia (50) evidencia que las enfermeras son las que menos formación habían obtenido frente a la MGF, siendo el colectivo que peor identificó los

tipos de MGF y los países en los que se practica. Solo un tercio de ellas sabían qué legislación existía en España y únicamente un 2% tenían información sobre el protocolo a seguir. En el lado opuesto, se encontraron las matronas, que fueron las que más formación habían recibido, y el colectivo que mejor identificó los tipos, la legislación y los protocolos existentes. También fueron las que más mujeres y niñas mutiladas o en riesgo identificaron.

Otro estudio de Melilla (51) ratifica esta información y añade que los profesionales creen tener más conocimiento sobre el tema del que realmente tienen y que las mujeres tienen más probabilidad de detectar la mutilación ya producida que los hombres (70% frente al 30%). Además, sitúa al personal enfermero (generalistas y matronas) como el que identificó al 75% de los casos.

Ambos estudios concluyen que el conocimiento de los profesionales sobre la MGF es insuficiente para afrontarla.

INTERVENCIÓN

“Nuestra cabeza es redonda para permitir a los pensamientos cambiar de dirección.” Francis Picabia.

A continuación, se procede a desarrollar las herramientas con las que los profesionales cuentan para tomar parte en el problema. El proceso se puede dividir en detección y actuación. Esta segunda puede ser en forma de prevención, si la mutilación no se hubiese producido, o de tratamiento de las complicaciones.

La **DETECCIÓN** de la mutilación genital femenina o del riesgo de que se produzca es una parte fundamental en el proceso de intervención, y es recogida en el siguiente algoritmo:

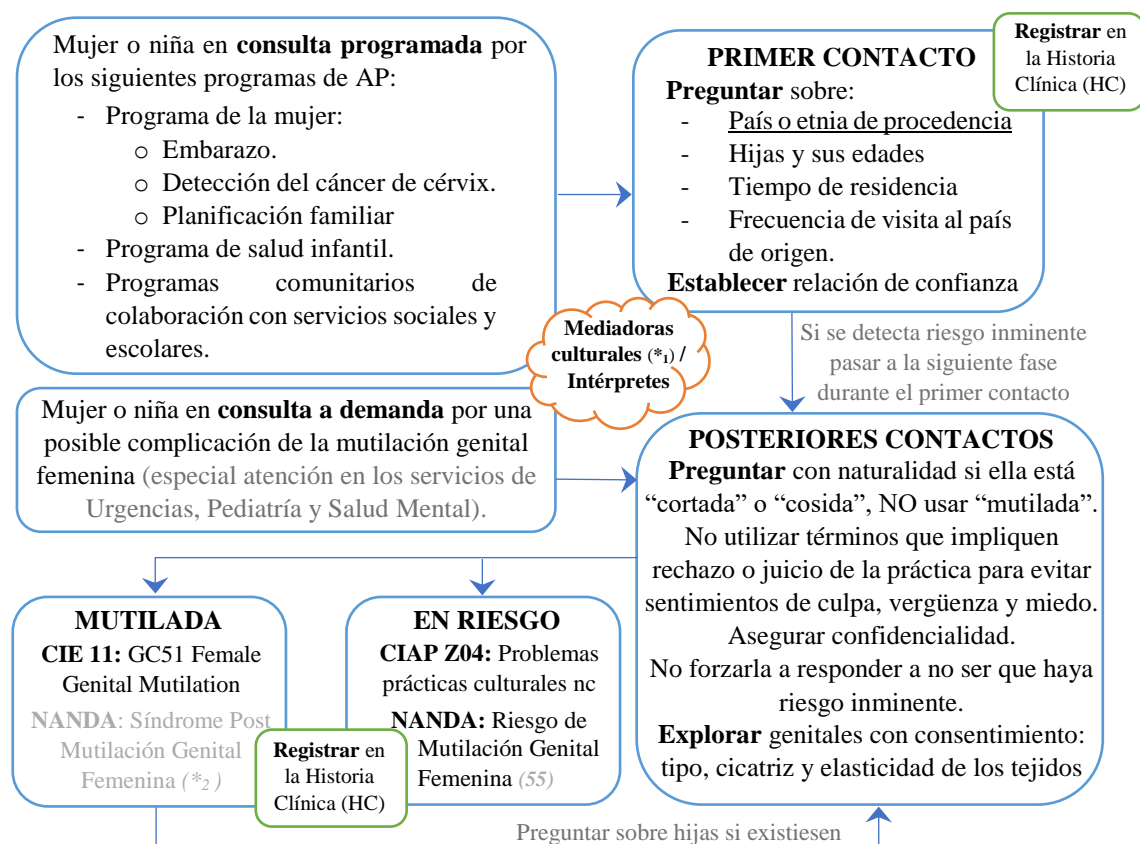


Gráfico 1: Elaboración propia a partir del Protocolo Nacional 2015 (52) y de la Guía de Actuación CAM 2017 (53)

*1 Ver *1 Mediadoras culturales de la siguiente página

*2 Es una propuesta, no aceptado aún. (54)

Una vez se conoce la situación se pasa a la fase de **ACTUACIÓN**. Retomando el final del algoritmo anterior, esta fase se divide en función de si la mutilación ha sido llevada a cabo o no:



Gráfico 2: Elaboración propia a partir de información de diversas fuentes (2,3,52,53,56-58)
FSFI: Female Sexual Function Index

A este algoritmo de actuación hay que añadirle cuatro factores fundamentales:

El primero de todos es el **abordaje multi e interdisciplinar**, estando recomendado que todo el personal esté formado, incluyendo el administrativo o de admisión. De esta manera, todos serían conocedores de la red de recursos que permitiría mantener la continuidad asistencial necesaria entre los ámbitos sanitarios (de atención primaria y especializada), sociales, educativos y legales. (52)

El segundo son los **hombres** y las **mujeres de edad más avanzada** dentro de la comunidad, principales agentes perpetuadores de la práctica, que, por tanto, deben ser objetivos principales de todas las intervenciones. Respecto a los primeros se debe destacar que son víctimas de la misma estructura de poder que perpetua la mutilación genital femenina, siendo también beneficiarios de su destrucción (59). Respecto a las segundas, un estudio cualitativo de 2018 (60) demostró que estas mujeres son las que tienen una idea formada entorno a la práctica, pues las más jóvenes carecen del “permiso social” para emitir tal juicio moral, concluyendo que esta parte de la sociedad, al custodiar la tradición, es la que puede cambiarla. Es necesario conseguir modelos de todos los segmentos sociales que se opongan a la práctica y que demuestren a los demás que el cambio no es imposible (59).

El tercero de ellos es la **metodología de educación** que se puede usar para la prevención de la mutilación genital femenina. Distintas ONGs han puesto en marcha todo tipo de estrategias educativas en los países en los que se practica, pudiendo englobarlas en: clases o seminarios específicos en las escuelas sobre MGF, sexualidad e igualdad de género, proyecciones de películas u obras de teatro que visibilicen el problema, proyecciones de vídeos informativos, y seminarios y talleres formativos para la comunidad (61). Las opciones son múltiples, pero para alcanzar una mayor efectividad se recomienda que: (62)

- La técnica usada gire en torno a la mutilación en sí y no a su abandono, pues es menos probable que sea rechazada por la comunidad.
- El sexo del que realiza la intervención sea el mismo que el del receptor si se compone de una fase de entrevista, debiéndose hacer después de haberse ganado cierta confianza con el individuo o comunidad.
- Se haga uso de gráficos o imágenes porque mejoran la comprensión de los contenidos.

Por estas razones, están muy recomendadas las dramatizaciones que visibilizan los argumentos a favor y en contra de la práctica, pues sirven simultáneamente para sensibilizar y para entrenar en argumentación al permitir que se sientan identificados con los personajes sin que la figura educadora abandone su posición neutral (63).

El último son las **consideraciones éticas y legales** desde un punto de vista sanitario que rodean a la mutilación genital femenina. Los principios éticos fundamentales de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia están implicados; los dos primeros de forma evidente mientras que el tercero se relacionaría con la capacidad de decisión sobre la práctica por parte de las mujeres, y el cuarto haría referencia a la distribución de recursos y oportunidades que se les destina a estas pacientes. Por la ética de mínimos, los de no maleficencia y justicia deberían prevalecer sobre los otros dos, por lo que el conflicto entre este primero y el de autonomía quedaría resuelto. En el caso del de justicia,

habría que tener en cuenta que, si una mujer no recibe una buena calidad de atención estando en posesión de los recursos necesarios para hacerlo por la incompetencia o irresponsabilidad del profesional, se estaría vulnerando. Por otra parte, entra en juego el compromiso de confidencialidad de la información conocida en virtud del ejercicio profesional, y que podría entrar en conflicto a la hora de emitir un parte de lesiones o maltrato; sin embargo, la ley obliga a romper este secreto profesional ante la sospecha de un delito para permitir la aplicación de los mecanismos de protección disponibles. (52) En este sentido se debe tener en cuenta que la ley ha demostrado no ser suficiente para acabar con el problema. Es más, no es útil sin una tarea previa de sensibilización y educación que permita que la imposición que supone la ley no se vea como un ataque directo a la cultura, sino como una ayuda para conseguir eliminar una costumbre dañina. (40)

Para finalizar este apartado, se recogen en el siguiente cuadro los principales mitos usados para sustentar la práctica de la MGF y la realidad que los rodea con el fin de facilitar la tarea de la desmitificación:

MITO	REALIDAD
La MGF es buena para la salud de las mujeres	La verdad es que no solo no es buena, sino que es perjudicial. No solo no previene infecciones, sino que las propicia al no permitir la correcta evacuación de fluidos y disminuir la elasticidad del tejido, lo que aumenta el riesgo de pérdida de integridad cutánea. A esto hay que añadirle el resto de consecuencias obstétricas, sexuales y psicológicas que acarrea.
Es más limpia	
El clítoris crecerá hasta convertirse en un pene	Estos argumentos son radicalmente falsos y se desmontan mostrando imágenes de genitales femeninos sin mutilar y ejemplos de mujeres con pareja e hijos que no han muerto a causa de este órgano.
El clítoris mata si se toca	
La religión obliga a realizarla	Esto es falso, ya que: <ul style="list-style-type: none"> - Ningún libro sagrado recoge su obligación ni recomendación directa. - Es anterior al origen de las religiones - Es practicada en países con distintas religiones y no todos los países con la misma religión la practican. Recomendar que hable con la figura religiosa de su comunidad.
Los hombres prefieren casarse con mujeres mutiladas	En primer lugar, no todos los hombres lo prefieren, los más jóvenes prefieren cada vez más casarse con mujeres no mutiladas por el beneficio que conlleva esto para ellos también. Este beneficio gira en torno a la vida sexual. El placer femenino puede verse disminuido o abolido con la mutilación al eliminar el clítoris a lo que hay que añadir el dolor que pueda conllevar, especialmente si está infibulada. Y el masculino, no solo reside en la penetración, sino que la interacción con su pareja es una parte esencial.
La MGF aumenta el placer masculino y femenino	
Protege la virginidad y fidelidad de las mujeres	La virginidad y fidelidad son valores, no tienen nada que ver con el clítoris. Son transmitidos por la educación, con indiferencia de que la mujer esté o no mutilada, y sin el sufrimiento que la MGF conlleva.

MITO	REALIDAD
Aumenta la fertilidad de las mujeres y salud de los hijos	Es falso. Está demostrado que disminuye la fertilidad por las infecciones de repetición y que aumenta la mortalidad materna e infantil por el sufrimiento fetal que implica la infibulación. Se debe explicar que el menor número de descendencia en los países occidentales se debe al uso de anticonceptivos.
Es buena para la economía	La realidad es que, a pesar del beneficio económico de las “circuncidadoras”, familia y comerciantes, la MGF supone una pérdida de recursos en gasto sanitario para paliar las consecuencias negativas de la práctica y la pérdida de vida o capacidad que conllevan una disminución en la producción.
Es un paso necesario para convertirse en mujer	La MGF cada vez se realiza a edades más tempranas por lo que no se está realizando realmente por eso.
La circuncisión masculina y la mutilación femenina es lo mismo	Anatómicamente, el análogo de la circuncisión masculina sería la retirada del prepucio del clítoris. Puede enseñárseles lo que supondría en el pene realizar la mutilación, por lo que eliminar el clítoris equivale a eliminar el glande, y que el resto de tipos de MGF conllevan seguir cortando y cosiendo.

Cuadro 4: Elaboración propia a partir de información de diversas fuentes (40,42,43,53)

Es conveniente puntualizar que en este trabajo no se recogen preguntas, respuestas o frases recomendadas que sí aparecen en algunos documentos consultados para que las enfermeras afronten el problema. Se considera que la ayuda a estas profesionales se realiza proporcionando conocimiento y no dictando lo que deben decir. Se reconoce la identidad de cada una de las profesionales como una riqueza que no debe ser coartada, sino aprovechada para seguir encontrando nuevos mecanismos para luchar contra la lacra social que representa la mutilación genital femenina.

CONCLUSIONES

La OMS (3) redactó tres principios rectores que recapitulan muy adecuadamente los aspectos tratados en este trabajo en relación a la mutilación genital femenina:

1. *Las niñas y mujeres que viven con MGF han experimentado una práctica nociva y deben estar provistas de cuidado sanitario de calidad.*

Esto conlleva intrínseco la necesidad de capacitación de los profesionales, en especial de las enfermeras, que son las que se abordan en este documento. Para poder tomar parte activa en un problema primero hay que conocerlo. Los estudios analizados demuestran una escasez de formación entre ellas que probablemente se relacione con tratarse de un problema emigrado, quedando aparentemente lejos. Sin embargo, la globalización del planeta produce que los problemas que antes eran de unos pocos, ahora sean de todos, al igual que las herramientas para combatirlos.

Aquí también cabe recordar que cuidar no es solo eliminar el problema. Aunque la prevención es muy importante, la reducción de las complicaciones una vez se ha producido la mutilación también lo es. No se debe caer en dedicar todos los esfuerzos a la prevención de la MGF y, si al final se termina produciendo, contemplarlo como un fracaso y el fin de la actuación.

2. *Todos los implicados – a nivel comunitario, nacional, regional e internacional – deben iniciar o continuar acciones dirigidas a la prevención primaria de la MGF.*

La MGF debe entenderse como un problema de salud pública, no por su prevalencia ni su incidencia sino por la crueldad que entraña (64). Por ello, es necesario conocer los recursos disponibles para permitir el imprescindible trabajo interdisciplinar de los distintos sectores de la sociedad.

Además, cabe resaltar que esta práctica dificulta el logro de cinco de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio formulados por Naciones Unidas en 2000: (65)

- *Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.* La pérdida de la vida o de las capacidades físicas o psíquicas convierte a las mujeres en menos productivas, lo que perpetua el ciclo de la pobreza.
- *Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.* Dado que esta práctica se basa en un sistema social patriarcal en el que la mujer no es nada para su familia ni sociedad sin el casamiento, y que el objetivo de la práctica es controlar la sexualidad de las mujeres para mantener este sistema, sin su erradicación, este objetivo no se podría conseguir.
- *Objetivo 4: Reducción de la mortalidad infantil.* La MGF produce hemorragias, infecciones y shocks, así como la muerte de bebés durante el parto por el aumento del sufrimiento fetal.
- *Objetivo 5: Mejorar la salud materna.* Las consecuencias obstétricas entre las que se sitúa la muerte materna durante el parto no permiten la consecución de este objetivo.

- *Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades.* El uso de material no estéril y compartido para distintas niñas y la presencia de tejido cicatricial que aumenta la probabilidad de desgarros, eleva el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.
3. *La medicalización de la mutilación genital femenina no es aceptable en ningún caso porque viola los principios médicos éticos al tratarse de una práctica nociva, promover su perpetuación y producir riesgos que pesan más que cualquier posible beneficio.*

Los profesionales sanitarios deben dejar de ser parte del problema, ya sea por actuar a su favor o por no actuar, para ser parte de la solución.

En este punto es necesario aclarar que ninguna tradición o costumbre puede ser considerada por encima de los Derechos Humanos internacionalmente reconocidos (66). La cultura no puede estar por encima de los individuos que la forman. No se debe olvidar que toda costumbre lo es porque las personas la realizan, y en cuanto lo dejen de hacer, lo dejará de ser; no es un ente en sí misma. Por tanto, no es permisible que el discurso proteccionista de las culturas pase por encima de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Las **LIMITACIONES** del trabajo posiblemente giren en torno a mi incapacidad para abarcar cierta bibliografía por desconocer el idioma en el que estaba escrita o no ser capaz de obtener su texto completo, así como a la escasez de estudios, guías o recomendaciones respecto al rol enfermero. Varios de ellos resaltan la posición privilegiada de estos profesionales para formar parte fundamental del problema, pero no detallan los beneficios que pueden aportar. Por tanto, se considera necesario que los enfermeros reivindiquen su lugar a base de demostrar su utilidad.

Las **POSIBLES FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN** tienen que ver con las conclusiones a las que llegan la mayor parte de estudios referentes a la escasez de bibliografía sobre:

- **Conocimiento del apoyo real de la práctica:** un estudio (67) revela que la persecución de la práctica ha producido que muchas personas se muestren en contra de ella si se les pregunta de forma directa su posicionamiento, pero que en cuanto se les pregunta sobre su deseo de tener una hija o nuera con ciertas características (que viva en la ciudad, que se case pronto, que vaya a la universidad, que viva cerca de casa o que esté mutilada), las respuestas son bastante distintas. Por tanto, parece adecuado que los estudios sobre apoyo que se realicen incluyan técnicas más indirectas de entrevista para conseguir desvelar este apoyo oculto.
- **Eficacia de las intervenciones:** se ha encontrado poca bibliografía que evalúe las intervenciones, especialmente sobre la reconstrucción de clítoris. Es necesario que se realicen estudios que puedan afirmar la utilidad de estas técnicas para que se pueda efectuar recomendaciones al respecto y que más mujeres y niñas puedan beneficiarse de ellas.

“Ningún padre quiere hacer daño a su hija. Ellos lo hacen por amor. Pero no es amor. No hacerlo sí lo es.” Mariama.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud. Mutilación genital femenina. 2018 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
- (2) García MP. Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas Prácticas. Confederación Nacional Mujeres en Igualdad. 2016.
- (3) Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf?sequence=1.
- (4) Asociación Española de Ginecología y Obstetricia. Anatomía del aparato genital femenino. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.aego.es/otra-informacion/anatomia-del-genital-femenino>.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Clasificación de la mutilación genital femenina. 2008 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/es/>.
- (6) Fundación Wassu U. La mutilación genital femenina. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf.
- (7) Organización Mundial de la Salud. Complicaciones sanitarias de la mutilación genital femenina. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/es/.
- (8) UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf.
- (9) Organización Mundial de la Salud. Prevalencia de la MGF. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/es/>.
- (10) Instituto Europeo de la Igualdad de Género. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. 2018. DOI: 10.2839/655910
- (11) Kaplan A, López A. Mapa de MGF en España 2016. Fundación Wassu UAB 2017.
- (12) Fundación Wassu U. Nuestra Historia. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://mgf.uab.cat/esp/nuestra_historia.html.
- (13) Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf.

- (14) Derechos Humanos por País. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/countries/pages/humanrightsintheworld.aspx>.
- (15) Países de la ONU: ¿cuáles forman parte y cuándo se adhirieron? 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/eventos/paises-de-la-onu-cuales-forman-parte-y-cuando-se-adhirieron>.
- (16) Declaración de los Derechos del Niño. 1959 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-nino-texto-completo/>.
- (17) Países ratificantes de la Declaración de los Derechos del Niño. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.unitedexplanations.org/2013/06/12/paises-ratificantes-de-la-convencion-sobre-los-derechos-del-nino-por-que-estados-unidos-no-esta-en-la-lista/>.
- (18) Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos. 1981 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297.pdf?view=1>.
- (19) State Comisión ACHPR. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.achpr.org/states/>.
- (20) Organización de Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. 1995 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>.
- (21) Organización de Naciones Unidas. Declaración del Milenio. 2000 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
- (22) Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/statistics/index_24304.html.
- (23) African Union. Decisions, Declarations and Resolution of Assembly of the Union Seventeenth Ordinary Session Malabo. 2011 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://au.int/sites/default/files/decisions/9647-assembly_au_dec_363-390_xvii_e.pdf.
- (24) African Union. Member State Profiles. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://au.int/memberstates>.
- (25) Organización de Naciones Unidas. Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/71/168>.
- (26) Erice A. Mutilación Genital: Relevancia de Fenómeno Cultural en su Tratamiento Jurídico-penal [trabajo fin de máster]. 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. 121p. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23783/72341TFMerice.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- (27) Pan-African Parliament. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://au.int/en/organs/pap>.

(28) 28 Too Many. The law and FGM. 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.28toomany.org/research-resources/>.

(29) Comisión Europea. Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina. 2013 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013DC0833&rid=1>.

(30) Médicos del Mundo. Política Sobre Mutilación Genital Femenina (MGF). 2017.

(31) Mergaert L, Arnaut C, Exterkate M, O'Brien S, Strid S, Leye E. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. 2015. DOI: 10.2839/394412

(32) Ley Orgánica 11/2003, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. 2003 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-18088-consolidado.pdf>.

(33) Código Civil. 1889 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>.

(34) Instituto Europeo de la Igualdad de Género. Situación actual de la mutilación genital femenina en España. 2013. DOI: 10.2839/89639.

(35) Ley 5/2005, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. 2005 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtm&nmnorma=3351&cdestado=P#no-back-button.

(36) Helman C. Cultura, Saúde e Doença. 2009 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ve5wDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&ots=z8PHi9Qu-&sig=W7ICT3d5CnnmzJ3g0XPjUdaR-Ss&redir_esc=y#v=onepage&q=lente&f=false.

(37) Ortiz MT, Louro I, Jiménez L, Silva LC. La salud familiar: Caracterización en un área de salud. 1999 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://doaj.org/article/efd9f31596b24143aef43559f019af42>.

(38) Código Deontológico Enfermería Española. 1998 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>.

(39) Zarate RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. 2004 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

(40) Jiménez I. Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45704/1/Tesis%20Ismael%20Jiménez%20Ruiz.pdf>.

- (41) Koukoui S, Hassan G, Guzder J. The mothering experience of women with FGM/C raising 'uncut' daughters, in Ivory Coast and in Canada. 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382428/>. DOI: 10.1186/s12978-017-0309-2.
- (42) Pastor MM. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina. Saberes para la disciplina enfermera. 2014. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.006.
- (43) Unión de Asociaciones Familiares. Guía Para Profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>.
- (44) Meheretie Y, Tamirat B. I knew how it feels but couldn't save my daughter. testimony of an Ethiopian mother on female genital mutilation/cutting. 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709941/>. DOI: 10.1186/s12978-017-0434-y.
- (45) Doucet MH, Pallitto C, Groleau D. Understanding the motivation of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature. 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364567/>. DOI: 10.1186/s12978-017-0306-5.
- (46) Van Rossem R, Meekers D, Gage A. Women's position and attitudes towards female genital mutilation in Egypt: A secondary analysis of the Egypt demographic and health surveys, 1995-2014. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4566495/>. DOI: 10.1186/s12889-015-2203-6.
- (47) Besera G, Roess A. The relationship between female genital cutting and women's autonomy in Eritrea. 2014 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2014.03.038>. DOI: 10.1016/j.ijgo.2014.03.038.
- (48) Johnsdotter S, Essén B. Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2043/19949>. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012.
- (49) Faracca A. "This is not my fatherland". Female Genital Mutilation/Cutting in the context of migration: narratives of Nigerian women asylum seekers. 2016. DOI: 10.18256/2238-0604/revistadedireito.v12n2p18-38.
- (50) Gonzalez A, Ruiz V, Gonzalez M, Cano A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? 2018 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057065/>. DOI: 10.1186/s12913-018-3396-z.
- (51) Vega A, Luque B. Exploración de los conocimientos sobre mutilación genital femenina del personal sanitario maternoinfantil de Melilla. 2018 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2019/01/Original_Mutilacion-genital-1.pdf.

(52) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf.

(53) Red de Prevención de la MGF de la Comunidad de Madrid. Guía de Actuaciones Sanitarias para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid. 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/IgualdadDeOportunidades/Publicaciones/Mutilación%20genital%20femenina/Guia_actuaciones_sanitarias_MGF.pdf.

(54) Almansa P, Carpenito L. Propuesta de diagnóstico de Síndrome Post Mutilación Genital Femenina/Proposal for Nursing Diagnosis: Post Female Genital Mutilation Syndrome. 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1895312116>. DOI: 10.6018/eglobal.16.1.263331.

(55) Almansa P, Jiménez I. Riesgo de Mutilación Genital Femenina: propuesta de diagnóstico de Enfermería. 2017 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962017000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

(56) Alcón C, Jiménez I, Pastor MM, Almansa P. Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-algoritmo-actuacion-prevencion-mutilacion-genital-S0212656715003352>. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.08.004.

(57) Vital M, De Visme S, Hanf M, Philippe HJ, Winer N, Wylomanski S. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211516301804>. DOI: 10.1016/j.ejogrb.106.04.029.

(58) Schrijver L, Leye E, Merckx M. A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: the crucial role of counselling. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/36940960/A_multidisciplinary_approach_to_clitoral_reconstruction_after_female_genital_mutilation_the_crucial_role_of_counselling. DOI: 10.3109/13625187.2016.1172063.

(59) Brown E, Mwangi-Powell F, Jerotich M, Le May V. Female Genital Mutilation in Kenya: are young men allies in social change programmes? 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.06.002>. DOI: 10.1016/j.rhm.2016.06.002.

(60) Shell-Duncan B, Moreau A, Wander K, Smith S. The role of older women in contesting norms associated with female genital mutilation/cutting in Senegambia: A factorial focus group analysis. 2018 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30044770>. DOI: 10.1371/journal.pone.0199217.

- (61) Pastor MM, Almansa P, Jiménez I, Pastor JD. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: una revisión videográfica. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962015000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es. DOI: 10.4321/s1132-12962015000200009.
- (62) Waigwa S, Doos L, Bradbury-Jones C, Taylor J. Effectiveness of health education as an intervention designed to prevent female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. 2018 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29650025>. DOI: 10.1186/s12978-018-0503-x.
- (63) Vogt S, Mohammed NA, El Fadil H, Fehr E, Efferson C. Changing cultural attitudes towards female genital cutting. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27732586>. DOI: 10.1038/nature20100.
- (64) Francisco C. La mutilación genital femenina como problema de salud pública. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_entity=frase&id_pub_grp=0&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&search_type=10&q=%5Bmutilación+genital+femenina%5D+periodo%5B5y%5D&id_pub_cont=3&id_articulo=80983.
- (65) Jiménez I, Almansa MP, Pastor MM. Impacto de la mutilación genital femenina en los objetivos del milenio. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500254&lng=en&tlng=en. DOI: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56724.
- (66) Hermida C. La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española. 2016 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/xmlui/bitstream/handle/10486/680864/BP_15_5.pdf?sequence=1&isAllowed=y. DOI: 10.15366/bp2017.15.005.
- (67) Gibson M, Gurmu E, Cobo B, Rueda M, Scott I. Indirect questioning method reveals hidden support for female genital cutting in South Central Ethiopia. 2018 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5931472/>. DOI: 10.1371/journal.pone.0193985.
- (68) Fundación Wassu U. La mutilación genital femenina. [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://mgf.uab.cat/esp/mgf.html>.
- (69) Blümel JE, Binfá L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. 2004 [consultado el 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v69n2/art06.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1: PAÍSES EN LOS QUE SE PRACTICA

	Países	Prevalencia 15-49 años	Prevalencia 0-14 años	Tipo MGF	Apoyo a la Erradicación ♀	Apoyo a la Erradicación ♂
ÁFRICA	Benín	9%	0,2%	I y II	86%	89%
	Burkina Faso	76%	13%	I y II	90%	87%
	Camerún	1%		I y II	84%	85%
	Chad	44%		I, II y III	36%	49%
	Costa de Marfil	38%	10%	I y II	82%	82%
	Djibouti	93%		III	51%	
	Egipto	87%	14%	I, II y III	38%	28%
	Eritrea	83%	33%	III	82%	85%
	Etiopía	74%	24%	I, II y III	63%	
	Gambia	75%	56%	I y II	33%	
	Ghana	4%	1%	I y II	93%	
	Guinea	97%	46%	I y II	21%	38%
	Guinea-Bissau	45%	30%	I y II	81%	
	Kenia	21%	3%	I, II y III	93%	89%
	Liberia	50%		I y II	56%	
	Mali	89%		I y II	20%	21%
	Mauritania	69%	54%	I y II	53%	18%
	Níger	2%		I y II	82%	91%
	Nigeria	25%	17%	I y II	64%	62%
	República Centrafricana	24%	1%	I y II	75%	
	Senegal	25%	13%	I y II	81%	79%
	Sierra Leona	90%	13%	I y II	23%	40%
	Somalia	98%		III	33%	
	Sudán	87%	32%	III	53%	64%
	Tanzania	15%		I y II	92%	89%
	Togo	5%	0,3%	I y II	95%	96%
	Uganda	1%	1%	I y II	83%	
ASIA	Arabia Saudí	Nuevas identificaciones aún no contrastadas				
	Emiratos Árabes					
	India	MGF identificada en algunos grupos étnicos				
	Indonesia		49%			
	Irak	8%			88%	
	Malasia	MGF documentada sin prevalencia estimada				
	Omán					
	Palestina	Nuevas identificaciones aún no contrastadas				
	Sri Lanka	MGF identificada en algunos grupos étnicos				
	Yemen	19%	15%	III	75%	
AM	Colombia	MGF identificada en algunos grupos étnicos				

Tabla 1: Elaboración propia a partir de datos de UNICEF (8), Mapa de MGF 2016 (11) y F. Wassu UAB (68)

ANEXO 2: EVOLUCIÓN DE LA PRÁCTICA

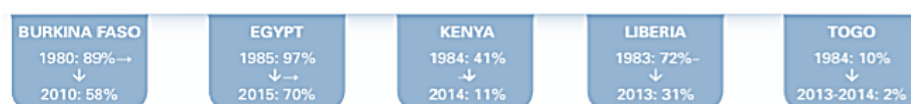


Figura 9: UNICEF'S Data Work on FGM/C, 2016 (8)

ANEXO 3: BÚSQUEDAS EN BASES DE DATOS

	Sentencia de búsqueda	Resultados	Rechazados (*)	Seleccionados
PUBMED	Ritual			
	female circumcision AND (ceremonial behavior OR ritual) NOT male	8	-	2
	Factores de riesgo			
	female circumcision AND (sociological factors OR social determinants of health OR risk factors) NOT male	73	29 8 28	8
	female circumcision AND (factors OR determinants) NOT male	51	-	-
	female circumcision AND (actitude OR predictor) NOT male	2	-	-
	Razones que la sustentan			
	female circumcision AND motivation NOT male	7	-	2
	female circumcision AND (testimony OR experience OR perspective OR viewpoint) NOT male	28 (12 + 16)	3 2 10	1 + 1
	Profesionales			
	female circumcision AND nurs* NOT male	45	-	3
	female circumcision AND (health personnel OR caregivers OR nurs* OR professional practice) NOT male	72 (26 + 46)	12 11 20	3
	female circumcision AND professional competence	10 (7 + 3)	2 0 1	0
	Female circumcision AND nurse's role NOT male	6	-	-
	Intervenciones			
	female circumcision AND therapeutics NOT male	187 (130 + 57)	28 5 21	3 + 1
	female circumcision AND treatment outcome NOT male	7	-	-
	female circumcision AND prevention and control NOT male	18	-	-
SCIELO	General			
	“female circumcision” OR “female genital mutilation”	15 (2 + 13)	3 1 5	4 + 2
CUIDEN	General			
	“female circumcision” OR “female genital mutilation”	18 (6 + 12)	8 0 3	1 + 5
CINAHL	Ritual			
	“female circumcision” AND (“ceremonial behavior” OR ritual) NOT male	1	0 1 0	0
	Factores de riesgo			
	"female circumcision" AND factors NOT male	11 (1 + 10)	4 4 2	0

	Sentencia de búsqueda	Resultados	Rechazados (*)	Seleccionados
CINAHL	Razones que la sustentan			
	"female circumcision" AND motivation NOT male	1	-	-
	Profesionales			
	"female circumcision" AND nurs* NOT male	4 (2 + 2)	1 0 1	0
	Intervenciones			
	"female circumcision" AND therapeutics NOT male	1	-	-
COCHRANE	General			
	"female circumcision" OR "female genital mutilation" NOT male (no Pubmed)	8 (1 + 7)	4 0 3	0
DIALNET	General			
	"female circumcision" OR "female genital mutilation"	43 (7 + 36)	17 6 9	4 + 2
	Profesionales			
	"female circumcision" OR "female genital mutilation" AND nurs*	9	-	7
ENFERTECA	General			
	[mutilación genital femenina]	2 (1 + 1)	1 0 0	1 + 1

Tabla 2: Elaboración propia

*Por falta de pertinencia o disponibilidad

Artículos duplicados / Búsqueda sin resultados novedosos

Rechazado por:
TÍTULO
RESUMEN
CONTENIDO

ANEXO 4: BÚSQUEDA EN INSTITUCIONES

Institución	Documentos
OMS	WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. 2016
UNICEF	FGM/C. A statistical overview and exploration of the dynamics of change. 2013
CEPAIM	Mujeres Plenas. Notas sobre mutilación genital femenina. 2014
Médicos del Mundo	Política de Médicos del Mundo España. Sobre Mutilación Genital Femenina. 2017
Paz y Desarrollo	La ablación o mutilación genital femenina. Guía Práctica 2016
Mundo Cooperante	Resolución de la convocatoria e inicio de los proyectos. 2018
AMREF	Vídeo Het verhaal van Nice. 2014
Europea	Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. 2018
Nacional	Guía para profesionales. MGF en España. Prevención e intervención. UNAF, 2015
	Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina. 2015
	Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina. Mujeres en Igualdad 2016.
Autonómica	Guía de Actuaciones Sanitarias para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid. 2017
	Guía breve de actuaciones sanitarias en la Comunidad de Madrid. 2018

Cuadro 2: Elaboración propia

Documentos seleccionados.

ANEXO 5: ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Título	Autor / Año / Lugar	Diseño	Metodología	Principales Hallazgos
Información General				
La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina. Saberes para la disciplina enfermera	M.Pastor 2014, España	Estudio cualitativo etnográfico	Entrevistas abiertas a 24 mujeres que hayan vivido hasta los 18 años (al menos) en países de riesgo y la hayan sufrido en sí mismas o muy de cerca	(42) Conocimiento del factor cultural del problema y del papel enfermero
Guía para Profesionales. La MGF en España Prevención e intervención	UNAF y MESS 2015, España	Guía de Práctica Clínica	-	(43) Información sobre razones, factores de riesgo e intervenciones
Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas prácticas	M.García MESS 2016, España	Guía de Práctica Clínica	-	(2) Información sobre el rito, razones y actuación
Guía de Actuaciones sanitarias para la Prevención de la MGF en la CAM	T.García, S.Garabato y M.Martínez 2017, España	Guía de Práctica Clínica	-	(53) Información sobre el rito, motivaciones y actuación
Razones que la sustentan				
Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/MGF	I.Jiménez 2015, España	Estudio cualitativo etnográfico	Entrevista semiestructurada de 25 hombres que han vivido hasta los 18 años (al menos) en países en los que se practica	(40) Descripción y análisis de opiniones. Creación Modelo Conceptual para concienciación.
I knew how it feels but couldn't save my daughter; testimony of an Ethiopian mother on FGM/C	YM.Adinew y B.Tamirat 2017, Etiopía	Estudio cualitativo fenomenológico	Entrevista a mujer que fue mutilada y mutiló a su hija.	(44) Importancia de la MGF en el rol de la mujer y en el sentimiento de pertenencia a la comunidad.
The mothering experience of women with FGM/C raising "uncut" daughters, in Ivory Coast and in Canada	S.Koukoui, G.Hassan y J.Guzder 2017, Canadá	Estudio cualitativo fenomenológico	Entrevista a 15 mujeres que vivieron en Costa de Marfil	(41) Retos al negarse a la práctica
Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: an integrative review of the literature	MH.Doucet, C.Pallitto y D.Groleau 2017, Canadá	Revisión narrativa	Revisión de 14 artículos	(45) Razones del personal sanitario para mutilar o reinfibular a mujeres y niñas

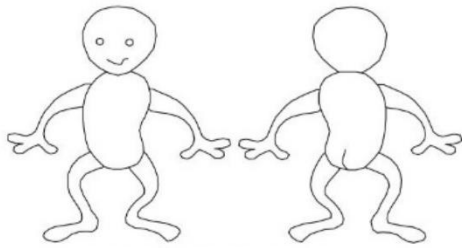
Título	Autor / Año / Lugar	Diseño	Metodología	Principales Hallazgos
Factores de riesgo				
Women's position and attitudes towards female genital mutilation in Egypt: A secondary análisis of the Egypt demographic and health surveys	R. Rossem, D.Meekers y A. Gage 2015	Estudio descriptivo longitudinal	Análisis de las Encuestas Demográficas y Sanitarias de Egipto entre los años 1995 y 2014.	(46) Posición ante la MGF en función del nivel educativo, adquisitivo, lugar de residencia, actividad laboral, religión y número de hijos.
The relationship between female genital cutting and women's autonomy in Eritrea	G.Besera y A.Roess 2014	Estudio descriptivo transversal	Análisis Encuesta Demográfica y Sanitaria de Eritrea 2002	(47) Relación entre la autonomía femenina y la probabilidad de mutilación
"This is not my Fatherland" Female Genital Mutilation/Cutting in the context of migration: Narratives of Nigerian women asylum seekers	A.Faraca 2016, Italia	Estudio cualitativo etnográfico	Entrevista a 9 mujeres refugiadas procedentes de Nigeria y mutiladas	(49) Opinión sobre la mutilación genital tras la emigración
Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities	S.Johnsdotter, B.Essén 2016, Suecia	Revisión narrativa	Revisión bibliográfica de estudios cuantitativos y cualitativos y literatura gris.	(48) Efecto de la migración en MGF.
Competencia profesional				
Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge?	A.González, V.Ruiz, M.González y A.Cano 2017, España	Estudio descriptivo transversal	Cuestionario autoadministrado a 321 profesionales (146 enfermeras y 11 matronas)	(50) Conocimiento y formación divididas por categoría profesional
Exploración de los conocimientos sobre mutilación genital femenina del personal sanitario maternoinfantil de Melilla	A.Vega-Recio y B.Luque-Salas 2018, España	Estudio descriptivo transversal	Cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas a 64 profesionales (16 matronas, 11 EIR de matronas y 18 enfermeras)	(51) Conocimiento y habilidades con especial referencia al colectivo enfermero
Intervenciones				
WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation	WHO 2016	Revisión sistemática	Análisis de bibliografía y opiniones de expertos para formular las recomendaciones	(3) Recomendaciones y best practice de intervenciones quirúrgicas y psicosociales
Protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF	MSSSI 2015, España	Guía de Práctica Clínica	-	(52) Detección y actuación ante MGF o riesgo de que ocurra.

Título	Autor / Año / Lugar	Diseño	Metodología	Principales Hallazgos
Prevención				
Algoritmo de actuación en la prevención de la MGF. Estudio de casos desde atención primaria	C.Alcón, I.Jiménez, M.Pastor y P.Almansa 2016, España	Algoritmo	Revisión bibliográfica y entrevista a los padres de las niñas en riesgo	(56) Algoritmo de actuación
The role of older women in contesting norms associated with female genital mutilation/cutting in Senegambia: A factorial focus group analysis	B.Shell-Duncan, A.Moreau, K.Wander y S.Smith 2018, EEUU	Estudio cualitativo etnográfico	15 grupos de discusión con 6-8 participantes cada uno con dos moderadores reconocidos en la comunidad	(60) Mujeres de avanzada edad como motores de cambio de opinión sobre la MGF.
Female Genital Mutilation in Kenya: are Young men allies in social change programmes?	E.Brown, F.Mwangi-Powell, M.Jerotich y V.Ie May 2015	Estudio cualitativo etnográfico	72 entrevistas a través de PEER (Participatory Ethnographic Evaluation Research)	(59) Hombres jóvenes (18-25 años) como aliados en la lucha
Effectiveness of health education as an intervention designed to prevent female genital mutilation/cutting: a systematic review	S.Waigwa, L.Doos, C.Bradbury-Jones y J.Taylor 2018, Reino Unido	Revisión narrativa	20 estudios sobre la efectividad de las intervenciones	(62) Factores facilitadores o dificultadores de la educación
Changing cultural attitudes towards female genital cutting	S.Vogt, N.Zaid, H.Ahmed, E.Fehr y C.Efferson 2016	Estudio cualitativo hermenéutico	2 experimentos en Sudán a través de 4 películas con familias discutiendo sobre la mutilación y test de opinión antes y después.	(63) Método menos intrusivo (menos rechazado) para ampliar los puntos de vista
Tratamiento				
Using the Female Sexual Function Index to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study	M.Vital, S.Visme, M.Hanf, HJ.Philippe, N.Winer y S.Wylomanski 2016, Francia	Estudio longitudinal prospectivo	Cuestionario FSFI pasado a 12 mujeres antes y 3 y 6 meses después de la reconstrucción.	(57) Resultados de reconstrucción de clítoris medidos con escala
A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: the crucial role of counselling	L.Schrijver, E.Leye y M.Merckx 2016, Bélgica	Revisión narrativa	Tras la búsqueda bibliográfica analiza distintos aspectos de la cirugía reconstructiva	(58) Equipo interdisciplinar como método más eficaz contra la MGF

Título	Autor / Año / Lugar	Diseño	Metodología	Principales Hallazgos
Enfermería				
Riesgo de Mutilación Genital Femenina. Propuesta de diagnóstico de Enfermería	P.Almansa e I.Jiménez 2017, España	Revisión narrativa	Estudio bibliográfico	(55) Propuesta de diagnóstico de riesgo
Propuesta de diagnóstico de Síndrome Post Mutilación Genital Femenina	I.Jiménez, P.Almansa y L.Juall	Revisión narrativa	Estudio bibliográfico	(54) Propuesta de diagnóstico de enfermería
Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: Una revisión videográfica	M.Pastor, P.Almansa, I.Jiménez y J.Pastor	Revisión videográfica	Análisis 9 vídeos sobre estrategias usadas para prevenir la práctica.	(61) Información y actuación ante riesgo inminente.
Conclusión				
Indirect questioning method reveals hidden support for female genital cutting in South Central Ethiopia	M.Gibson, E.Gurmu, B.Cobo, M.Rueda e I.Scott 2018	Estudio descriptivo transversal	Encuesta a 1620 adultos de dos distritos rurales de Oromía, Etiopía	(67) Si el apoyo a la práctica es preguntado indirectamente se encuentra mayor tasa que si se hace con preguntas directas
La mutilación genital femenina desde una perspectiva integral y multidisciplinar	C.Hermida 2018, España	Revisión legislativa	Análisis legislativo y cultural	(66) Límite de la costumbre, equipo multidisciplinar e importancia de la prevención.
Impacto de la mutilación genital femenina en los objetivos del milenio	I.Jiménez, P.Almansa y M.Pastor 2015, España	Revisión narrativa	Selección de 24 artículos	(65) Relación con pobreza, mortalidad y morbilidad infantil, complicaciones obstétricas y VIH
La mutilación genital femenina como problema de salud pública	C.Francisco 2016, España	Estudio cualitativo crítico	<i>No figura</i>	(64) Rol enfermero, importancia capacitación y límite cultural

Cuadro 3: Elaboración propia.

ANEXO 6: HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL

LOGOTIPO COMUNIDAD AUTÓNOMA	HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO L = Leve M = Moderado G = Grave Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso	Sospecha <input type="radio"/> Maltrato <input type="radio"/>																																				
MALTRATO FÍSICO																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Magulladuras o moratones¹</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Quemaduras²</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Fracturas óseas³</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Heridas⁴</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Lesiones viscerales⁵</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Mordeduras humanas⁶</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Intoxicación forzada⁷</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Síndrome del niño zarandeado⁸</td></tr> </table>			<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Magulladuras o moratones ¹	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Quemaduras ²	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Fracturas óseas ³	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Heridas ⁴	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Lesiones viscerales ⁵	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Mordeduras humanas ⁶	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Intoxicación forzada ⁷	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Síndrome del niño zarandeado ⁸																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Magulladuras o moratones ¹																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Quemaduras ²																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Fracturas óseas ³																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Heridas ⁴																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Lesiones viscerales ⁵																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Mordeduras humanas ⁶																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Intoxicación forzada ⁷																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Síndrome del niño zarandeado ⁸																																					
																																						
Señale la localización de los síntomas																																						
NEGLIGENCIA																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Escasa higiene⁹</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Falta de supervisión¹⁰</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Cansancio o apatía permanente</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Problemas físicos o necesidades médicas¹¹</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Es explotado, se le hace trabajar en exceso¹²</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>No va a la escuela</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Ha sido abandonado</td></tr> </table>			<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Escasa higiene ⁹	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Falta de supervisión ¹⁰	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Cansancio o apatía permanente	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	No va a la escuela	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Ha sido abandonado																						
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Escasa higiene ⁹																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Falta de supervisión ¹⁰																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Cansancio o apatía permanente																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	No va a la escuela																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Ha sido abandonado																																					
Otros síntomas o comentarios:																																						
MALTRATO EMOCIONAL																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Maltrato emocional¹³</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Retraso físico, emocional y/o intelectual¹⁴</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Intento de suicidio</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G</td><td>Cuidados excesivos / Sobreprotección¹⁵</td></tr> </table>			<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Maltrato emocional ¹³	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Intento de suicidio	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵																												
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Maltrato emocional ¹³																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Intento de suicidio																																					
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵																																					
ABUSO SEXUAL																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Sin contacto físico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Con contacto físico y sin penetración¹⁶</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Con contacto físico y con penetración</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Dificultad para andar y sentarse</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Dolor o picor en la zona genital</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Cerviz o vulva hinchados o rojos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Explotación sexual</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Semen en la boca, genitales o ropa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Enfermedad venérea¹⁷</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S</td><td>Apertura anal patológica¹⁸</td></tr> <tr> <td>Configuración del himen¹⁹</td> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> S	Sin contacto físico	<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y sin penetración ¹⁶	<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y con penetración	<input type="checkbox"/> S	Dificultad para andar y sentarse	<input type="checkbox"/> S	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	<input type="checkbox"/> S	Dolor o picor en la zona genital	<input type="checkbox"/> S	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal	<input type="checkbox"/> S	Cerviz o vulva hinchados o rojos	<input type="checkbox"/> S	Explotación sexual	<input type="checkbox"/> S	Semen en la boca, genitales o ropa	<input type="checkbox"/> S	Enfermedad venérea ¹⁷	<input type="checkbox"/> S	Apertura anal patológica ¹⁸	Configuración del himen ¹⁹											
<input type="checkbox"/> S	Sin contacto físico																																					
<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y sin penetración ¹⁶																																					
<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y con penetración																																					
<input type="checkbox"/> S	Dificultad para andar y sentarse																																					
<input type="checkbox"/> S	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada																																					
<input type="checkbox"/> S	Dolor o picor en la zona genital																																					
<input type="checkbox"/> S	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal																																					
<input type="checkbox"/> S	Cerviz o vulva hinchados o rojos																																					
<input type="checkbox"/> S	Explotación sexual																																					
<input type="checkbox"/> S	Semen en la boca, genitales o ropa																																					
<input type="checkbox"/> S	Enfermedad venérea ¹⁷																																					
<input type="checkbox"/> S	Apertura anal patológica ¹⁸																																					
Configuración del himen ¹⁹																																						
IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Identificación del niño</td> <td colspan="2">Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td colspan="2">Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td colspan="2">Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M</td> <td colspan="3">Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Identificación del notificador</td> <td colspan="2">Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Centro:</td> <td colspan="2">Servicio / Consulta:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre:</td> <td colspan="2">Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Profesional</td> <td><input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo</td> <td colspan="2">N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>			Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí		Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/>		Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>		Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/>		Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100%;" type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>			Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/>				Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>		Centro:		Servicio / Consulta:		Nombre:		Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/>		Profesional	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo	N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí																																				
Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/>		Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>																																				
Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/>		Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100%;" type="text"/>																																				
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>																																					
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/>																																						
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>																																				
Centro:		Servicio / Consulta:																																				
Nombre:		Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/>																																				
Profesional	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo	N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/>																																				

ANEXO

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- ¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- ² Quemaduras de puros o cigarros. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- ³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- ⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- ⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- ⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- ⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- ⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- ¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- ¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- ¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- ¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- ¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- ¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- ¹⁶ Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- ¹⁷ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexuales: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- ¹⁸ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual, desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- ¹⁹ Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, una figura, un dibujo anatómico, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que *los síntomas no son exclusivos entre sí*. Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso *evidente de maltrato* o si sólo existe la *sospecha* de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

Sospecha ☐ Maltrato ☐

Maltrato físico

- ☐ 1. Lesiones físicas
- ☐ 2. Quemaduras
- ☐ 3. Hematomas
- ☐ 4. Laceraciones
- ☐ 5. Escoria
- ☐ 6. Infecciones
- ☐ 7. Síndrome de Shaken Baby

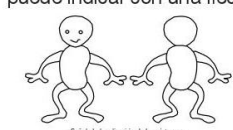
Negligencia

- ☐ 1. Falta de supervisión
- ☐ 2. Cuidado inadecuado
- ☐ 3. Falta de alimentación adecuada
- ☐ 4. Falta de higiene
- ☐ 5. Falta de vestido adecuado
- ☐ 6. Falta de vivienda adecuada

Maltrato emocional

- ☐ 1. Abuso verbal
- ☐ 2. Abuso psicológico
- ☐ 3. Abuso sexual
- ☐ 4. Abuso físico
- ☐ 5. Abuso emocional
- ☐ 6. Abuso psicológico
- ☐ 7. Abuso sexual
- ☐ 8. Abuso físico
- ☐ 9. Abuso emocional
- ☐ 10. Abuso psicológico
- ☐ 11. Abuso sexual
- ☐ 12. Abuso físico
- ☐ 13. Abuso emocional
- ☐ 14. Abuso psicológico
- ☐ 15. Abuso sexual
- ☐ 16. Abuso físico
- ☐ 17. Abuso emocional
- ☐ 18. Abuso psicológico
- ☐ 19. Abuso sexual
- ☐ 20. Abuso físico
- ☐ 21. Abuso emocional
- ☐ 22. Abuso psicológico
- ☐ 23. Abuso sexual
- ☐ 24. Abuso físico
- ☐ 25. Abuso emocional
- ☐ 26. Abuso psicológico
- ☐ 27. Abuso sexual
- ☐ 28. Abuso físico
- ☐ 29. Abuso emocional
- ☐ 30. Abuso psicológico
- ☐ 31. Abuso sexual
- ☐ 32. Abuso físico
- ☐ 33. Abuso emocional
- ☐ 34. Abuso psicológico
- ☐ 35. Abuso sexual
- ☐ 36. Abuso físico
- ☐ 37. Abuso emocional
- ☐ 38. Abuso psicológico
- ☐ 39. Abuso sexual
- ☐ 40. Abuso físico
- ☐ 41. Abuso emocional
- ☐ 42. Abuso psicológico
- ☐ 43. Abuso sexual
- ☐ 44. Abuso físico
- ☐ 45. Abuso emocional
- ☐ 46. Abuso psicológico
- ☐ 47. Abuso sexual
- ☐ 48. Abuso físico
- ☐ 49. Abuso emocional
- ☐ 50. Abuso psicológico
- ☐ 51. Abuso sexual
- ☐ 52. Abuso físico
- ☐ 53. Abuso emocional
- ☐ 54. Abuso psicológico
- ☐ 55. Abuso sexual
- ☐ 56. Abuso físico
- ☐ 57. Abuso emocional
- ☐ 58. Abuso psicológico
- ☐ 59. Abuso sexual
- ☐ 60. Abuso físico
- ☐ 61. Abuso emocional
- ☐ 62. Abuso psicológico
- ☐ 63. Abuso sexual
- ☐ 64. Abuso físico
- ☐ 65. Abuso emocional
- ☐ 66. Abuso psicológico
- ☐ 67. Abuso sexual
- ☐ 68. Abuso físico
- ☐ 69. Abuso emocional
- ☐ 70. Abuso psicológico
- ☐ 71. Abuso sexual
- ☐ 72. Abuso físico
- ☐ 73. Abuso emocional
- ☐ 74. Abuso psicológico
- ☐ 75. Abuso sexual
- ☐ 76. Abuso físico
- ☐ 77. Abuso emocional
- ☐ 78. Abuso psicológico
- ☐ 79. Abuso sexual
- ☐ 80. Abuso físico
- ☐ 81. Abuso emocional
- ☐ 82. Abuso psicológico
- ☐ 83. Abuso sexual
- ☐ 84. Abuso físico
- ☐ 85. Abuso emocional
- ☐ 86. Abuso psicológico
- ☐ 87. Abuso sexual
- ☐ 88. Abuso físico
- ☐ 89. Abuso emocional
- ☐ 90. Abuso psicológico
- ☐ 91. Abuso sexual
- ☐ 92. Abuso físico
- ☐ 93. Abuso emocional
- ☐ 94. Abuso psicológico
- ☐ 95. Abuso sexual
- ☐ 96. Abuso físico
- ☐ 97. Abuso emocional
- ☐ 98. Abuso psicológico
- ☐ 99. Abuso sexual
- ☐ 100. Abuso físico
- ☐ 101. Abuso emocional
- ☐ 102. Abuso psicológico
- ☐ 103. Abuso sexual
- ☐ 104. Abuso físico
- ☐ 105. Abuso emocional
- ☐ 106. Abuso psicológico
- ☐ 107. Abuso sexual
- ☐ 108. Abuso físico
- ☐ 109. Abuso emocional
- ☐ 110. Abuso psicológico
- ☐ 111. Abuso sexual
- ☐ 112. Abuso físico
- ☐ 113. Abuso emocional
- ☐ 114. Abuso psicológico
- ☐ 115. Abuso sexual
- ☐ 116. Abuso físico
- ☐ 117. Abuso emocional
- ☐ 118. Abuso psicológico
- ☐ 119. Abuso sexual
- ☐ 120. Abuso físico
- ☐ 121. Abuso emocional
- ☐ 122. Abuso psicológico
- ☐ 123. Abuso sexual
- ☐ 124. Abuso físico
- ☐ 125. Abuso emocional
- ☐ 126. Abuso psicológico
- ☐ 127. Abuso sexual
- ☐ 128. Abuso físico
- ☐ 129. Abuso emocional
- ☐ 130. Abuso psicológico
- ☐ 131. Abuso sexual
- ☐ 132. Abuso físico
- ☐ 133. Abuso emocional
- ☐ 134. Abuso psicológico
- ☐ 135. Abuso sexual
- ☐ 136. Abuso físico
- ☐ 137. Abuso emocional
- ☐ 138. Abuso psicológico
- ☐ 139. Abuso sexual
- ☐ 140. Abuso físico
- ☐ 141. Abuso emocional
- ☐ 142. Abuso psicológico
- ☐ 143. Abuso sexual
- ☐ 144. Abuso físico
- ☐ 145. Abuso emocional
- ☐ 146. Abuso psicológico
- ☐ 147. Abuso sexual
- ☐ 148. Abuso físico
- ☐ 149. Abuso emocional
- ☐ 150. Abuso psicológico
- ☐ 151. Abuso sexual
- ☐ 152. Abuso físico
- ☐ 153. Abuso emocional
- ☐ 154. Abuso psicológico
- ☐ 155. Abuso sexual
- ☐ 156. Abuso físico
- ☐ 157. Abuso emocional
- ☐ 158. Abuso psicológico
- ☐ 159. Abuso sexual
- ☐ 160. Abuso físico
- ☐ 161. Abuso emocional
- ☐ 162. Abuso psicológico
- ☐ 163. Abuso sexual
- ☐ 164. Abuso físico
- ☐ 165. Abuso emocional
- ☐ 166. Abuso psicológico
- ☐ 167. Abuso sexual
- ☐ 168. Abuso físico
- ☐ 169. Abuso emocional
- ☐ 170. Abuso psicológico
- ☐ 171. Abuso sexual
- ☐ 172. Abuso físico
- ☐ 173. Abuso emocional
- ☐ 174. Abuso psicológico
- ☐ 175. Abuso sexual
- ☐ 176. Abuso físico
- ☐ 177. Abuso emocional
- ☐ 178. Abuso psicológico
- ☐ 179. Abuso sexual
- ☐ 180. Abuso físico
- ☐ 181. Abuso emocional
- ☐ 182. Abuso psicológico
- ☐ 183. Abuso sexual
- ☐ 184. Abuso físico
- ☐ 185. Abuso emocional
- ☐ 186. Abuso psicológico
- ☐ 187. Abuso sexual
- ☐ 188. Abuso físico
- ☐ 189. Abuso emocional
- ☐ 190. Abuso psicológico
- ☐ 191. Abuso sexual
- ☐ 192. Abuso físico
- ☐ 193. Abuso emocional
- ☐ 194. Abuso psicológico
- ☐ 195. Abuso sexual
- ☐ 196. Abuso físico
- ☐ 197. Abuso emocional
- ☐ 198. Abuso psicológico
- ☐ 199. Abuso sexual
- ☐ 200. Abuso físico
- ☐ 201. Abuso emocional
- ☐ 202. Abuso psicológico
- ☐ 203. Abuso sexual
- ☐ 204. Abuso físico
- ☐ 205. Abuso emocional
- ☐ 206. Abuso psicológico
- ☐ 207. Abuso sexual
- ☐ 208. Abuso físico
- ☐ 209. Abuso emocional
- ☐ 210. Abuso psicológico
- ☐ 211. Abuso sexual
- ☐ 212. Abuso físico
- ☐ 213. Abuso emocional
- ☐ 214. Abuso psicológico
- ☐ 215. Abuso sexual
- ☐ 216. Abuso físico
- ☐ 217. Abuso emocional
- ☐ 218. Abuso psicológico
- ☐ 219. Abuso sexual
- ☐ 220. Abuso físico
- ☐ 221. Abuso emocional
- ☐ 222. Abuso psicológico
- ☐ 223. Abuso sexual
- ☐ 224. Abuso físico
- ☐ 225. Abuso emocional
- ☐ 226. Abuso psicológico
- ☐ 227. Abuso sexual
- ☐ 228. Abuso físico
- ☐ 229. Abuso emocional
- ☐ 230. Abuso psicológico
- ☐ 231. Abuso sexual
- ☐ 232. Abuso físico
- ☐ 233. Abuso emocional
- ☐ 234. Abuso psicológico
- ☐ 235. Abuso sexual
- ☐ 236. Abuso físico
- ☐ 237. Abuso emocional
- ☐ 238. Abuso psicológico
- ☐ 239. Abuso sexual
- ☐ 240. Abuso físico
- ☐ 241. Abuso emocional
- ☐ 242. Abuso psicológico
- ☐ 243. Abuso sexual
- ☐ 244. Abuso físico
- ☐ 245. Abuso emocional
- ☐ 246. Abuso psicológico
- ☐ 247. Abuso sexual
- ☐ 248. Abuso físico
- ☐ 249. Abuso emocional
- ☐ 250. Abuso psicológico
- ☐ 251. Abuso sexual
- ☐ 252. Abuso físico
- ☐ 253. Abuso emocional
- ☐ 254. Abuso psicológico
- ☐ 255. Abuso sexual
- ☐ 256. Abuso físico
- ☐ 257. Abuso emocional
- ☐ 258. Abuso psicológico
- ☐ 259. Abuso sexual
- ☐ 260. Abuso físico
- ☐ 261. Abuso emocional
- ☐ 262. Abuso psicológico
- ☐ 263. Abuso sexual
- ☐ 264. Abuso físico
- ☐ 265. Abuso emocional
- ☐ 266. Abuso psicológico
- ☐ 267. Abuso sexual
- ☐ 268. Abuso físico
- ☐ 269. Abuso emocional
- ☐ 270. Abuso psicológico
- ☐ 271. Abuso sexual
- ☐ 272. Abuso físico
- ☐ 273. Abuso emocional
- ☐ 274. Abuso psicológico
- ☐ 275. Abuso sexual
- ☐ 276. Abuso físico
- ☐ 277. Abuso emocional
- ☐ 278. Abuso psicológico
- ☐ 279. Abuso sexual
- ☐ 280. Abuso físico
- ☐ 281. Abuso emocional
- ☐ 282. Abuso psicológico
- ☐ 283. Abuso sexual
- ☐ 284. Abuso físico
- ☐ 285. Abuso emocional
- ☐ 286. Abuso psicológico
- ☐ 287. Abuso sexual
- ☐ 288. Abuso físico
- ☐ 289. Abuso emocional
- ☐ 290. Abuso psicológico
- ☐ 291. Abuso sexual
- ☐ 292. Abuso físico
- ☐ 293. Abuso emocional
- ☐ 294. Abuso psicológico
- ☐ 295. Abuso sexual
- ☐ 296. Abuso físico
- ☐ 297. Abuso emocional
- ☐ 298. Abuso psicológico
- ☐ 299. Abuso sexual
- ☐ 300. Abuso físico
- ☐ 301. Abuso emocional
- ☐ 302. Abuso psicológico
- ☐ 303. Abuso sexual
- ☐ 304. Abuso físico
- ☐ 305. Abuso emocional
- ☐ 306. Abuso psicológico
- ☐ 307. Abuso sexual
- ☐ 308. Abuso físico
- ☐ 309. Abuso emocional
- ☐ 310. Abuso psicológico
- ☐ 311. Abuso sexual
- ☐ 312. Abuso físico
- ☐ 313. Abuso emocional
- ☐ 314. Abuso psicológico
- ☐ 315. Abuso sexual
- ☐ 316. Abuso físico
- ☐ 317. Abuso emocional
- ☐ 318. Abuso psicológico
- ☐ 319. Abuso sexual
- ☐ 320. Abuso físico
- ☐ 321. Abuso emocional
- ☐ 322. Abuso psicológico
- ☐ 323. Abuso sexual
- ☐ 324. Abuso físico
- ☐ 325. Abuso emocional
- ☐ 326. Abuso psicológico
- ☐ 327. Abuso sexual
- ☐ 328. Abuso físico
- ☐ 329. Abuso emocional
- ☐ 330. Abuso psicológico
- ☐ 331. Abuso sexual
- ☐ 332. Abuso físico
- ☐ 333. Abuso emocional
- ☐ 334. Abuso psicológico
- ☐ 335. Abuso sexual
- ☐ 336. Abuso físico
- ☐ 337. Abuso emocional
- ☐ 338. Abuso psicológico
- ☐ 339. Abuso sexual
- ☐ 340. Abuso físico
- ☐ 341. Abuso emocional
- ☐ 342. Abuso psicológico
- ☐ 343. Abuso sexual
- ☐ 344. Abuso físico
- ☐ 345. Abuso emocional
- ☐ 346. Abuso psicológico
- ☐ 347. Abuso sexual
- ☐ 348. Abuso físico
- ☐ 349. Abuso emocional
- ☐ 350. Abuso psicológico
- ☐ 351. Abuso sexual
- ☐ 352. Abuso físico
- ☐ 353. Abuso emocional
- ☐ 354. Abuso psicológico
- ☐ 355. Abuso sexual
- ☐ 356. Abuso físico
- ☐ 357. Abuso emocional
- ☐ 358. Abuso psicológico
- ☐ 359. Abuso sexual
- ☐ 360. Abuso físico
- ☐ 361. Abuso emocional
- ☐ 362. Abuso psicológico
- ☐ 363. Abuso sexual
- ☐ 364. Abuso físico
- ☐ 365. Abuso emocional
- ☐ 366. Abuso psicológico
- ☐ 367. Abuso sexual
- ☐ 368. Abuso físico
- ☐ 369. Abuso emocional
- ☐ 370. Abuso psicológico
- ☐ 371. Abuso sexual
- ☐ 372. Abuso físico
- ☐ 373. Abuso emocional
- ☐ 374. Abuso psicológico
- ☐ 375. Abuso sexual
- ☐ 376. Abuso físico
- ☐ 377. Abuso emocional
- ☐ 378. Abuso psicológico
- ☐ 379. Abuso sexual
- ☐ 380. Abuso físico
- ☐ 381. Abuso emocional
- ☐ 382. Abuso psicológico
- ☐ 383. Abuso sexual
- ☐ 384. Abuso físico
- ☐ 385. Abuso emocional
- ☐ 386. Abuso psicológico
- ☐ 387. Abuso sexual
- ☐ 388. Abuso físico
- ☐ 389. Abuso emocional
- ☐ 390. Abuso psicológico
- ☐ 391. Abuso sexual
- ☐ 392. Abuso físico
- ☐ 393. Abuso emocional
- ☐ 394. Abuso psicológico
- ☐ 395. Abuso sexual
- ☐ 396. Abuso físico
- ☐ 397. Abuso emocional
- ☐ 398. Abuso psicológico
- ☐ 399. Abuso sexual
- ☐ 400. Abuso físico
- ☐ 401. Abuso emocional
- ☐ 402. Abuso psicológico
- ☐ 403. Abuso sexual
- ☐ 404. Abuso físico
- ☐ 405. Abuso emocional
- ☐ 406. Abuso psicológico
- ☐ 407. Abuso sexual
- ☐ 408. Abuso físico
- ☐ 409. Abuso emocional
- ☐ 410. Abuso psicológico
- ☐ 411. Abuso sexual
- ☐ 412. Abuso físico
- ☐ 413. Abuso emocional
- ☐ 414. Abuso psicológico
- ☐ 415. Abuso sexual
- ☐ 416. Abuso físico
- ☐ 417. Abuso emocional
- ☐ 418. Abuso psicológico
- ☐ 419. Abuso sexual
- ☐ 420. Abuso físico
- ☐ 421. Abuso emocional
- ☐ 422. Abuso psicológico
- ☐ 423. Abuso sexual
- ☐ 424. Abuso físico
- ☐ 425. Abuso emocional
- ☐ 426. Abuso psicológico
- ☐ 427. Abuso sexual
- ☐ 428. Abuso físico
- ☐ 429. Abuso emocional
- ☐ 430. Abuso psicológico
- ☐ 431. Abuso sexual
- ☐ 432. Abuso físico
- ☐ 433. Abuso emocional
- ☐ 434. Abuso psicológico
- ☐ 435. Abuso sexual
- ☐ 436. Abuso físico
- ☐ 437. Abuso emocional
- ☐ 438. Abuso psicológico
- ☐ 439. Abuso sexual
- ☐ 440. Abuso físico
- ☐ 441. Abuso emocional
- ☐ 442. Abuso psicológico
- ☐ 443. Abuso sexual
- ☐ 444. Abuso físico
- ☐ 445. Abuso emocional
- ☐ 446. Abuso psicológico
- ☐ 447. Abuso sexual
- ☐ 448. Abuso físico
- ☐ 449. Abuso emocional
- ☐ 450. Abuso psicológico
- ☐ 451. Abuso sexual
- ☐ 452. Abuso físico
- ☐ 453. Abuso emocional
- ☐ 454. Abuso psicológico
- ☐ 455. Abuso sexual
- ☐ 456. Abuso físico
- ☐ 457. Abuso emocional
- ☐ 458. Abuso psicológico
- ☐ 459. Abuso sexual
- ☐ 460. Abuso físico
- ☐ 461. Abuso emocional
- ☐ 462. Abuso psicológico
- ☐ 463. Abuso sexual
- ☐ 464. Abuso físico
- ☐ 465. Abuso emocional
- ☐ 466. Abuso psicológico
- ☐ 467. Abuso sexual
- ☐ 468. Abuso físico
- ☐ 469. Abuso emocional
- ☐ 470. Abuso psicológico
- ☐ 471. Abuso sexual
- ☐ 472. Abuso físico
- ☐ 473. Abuso emocional
- ☐ 474. Abuso psicológico
- ☐ 475. Abuso sexual
- ☐ 476. Abuso físico
- ☐ 477. Abuso emocional
- ☐ 478. Abuso psicológico
- ☐ 479. Abuso sexual
- ☐ 480. Abuso físico
- ☐ 481. Abuso emocional
- ☐ 482. Abuso psicológico
- ☐ 483. Abuso sexual
- ☐ 484. Abuso físico
- ☐ 485. Abuso emocional
- ☐ 486. Abuso psicológico
- ☐ 487. Abuso sexual
- ☐ 488. Abuso físico
- ☐ 489. Abuso emocional
- ☐ 490. Abuso psicológico
- ☐ 491. Abuso sexual
- ☐ 492. Abuso físico
- ☐ 493. Abuso emocional
- ☐ 494. Abuso psicológico
- ☐ 495. Abuso sexual
- ☐ 496. Abuso físico
- ☐ 497. Abuso emocional
- ☐ 498. Abuso psicológico
- ☐ 499. Abuso sexual
- ☐ 500. Abuso físico

Basará con sombrear sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que se desea localizar y su ubicación sobre el dibujo no fuera suficientemente evidente por el contexto del indicador, se puede indicar con una flecha el indicador al que se refiere el sombreado.



Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño

Nombre completo del niño:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento:

Identificación del notificador

Nombre completo:

Profesión:

Centro:

Fecha de notificación:

Notificación: ☐ Médico ☐ Enfermero ☐ Trabajador Social ☐ Abogado ☐ Psicólogo ☐ Otro:

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente.

Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. La información recogida en este apartado no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación. Por ello, es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de Información Administrativa 012.

Figura 11: Fuente Protocolo Nacional 2015 (52).

ANEXO 7: COMPROMISO DE PREVENCIÓN

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud:



Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAÍS AL QUE VIAJA

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- **Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital**, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.
- **El marco legal** de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital se castiga con **pena de prisión de 6 a 12 años** para los padres, tutores o guardadores; y con **pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años** (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).
- La necesidad de que, **al regreso del viaje, la niña acuda a consulta** pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- La *importancia de adoptar todas las medidas preventivas* relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

Por todo ello:

- **DECLARO haber sido informado**, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- **CONSIDERO haber entendido** el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital**, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, yo leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En....., a..... de..... de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma. Pediatra/ Médico

Figura 12: Fuente Guía de Actuaciones Sanitarias CAM (53).

ANEXO 8: ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada
5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alta confianza
 - Alta confianza
 - Moderada confianza
 - Baja confianza
 - Muy baja o nada de confianza
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre la mantengo
 - La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
 - A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?
- Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Figura 13: Fuente Trabajo Original 2004 (69).